

様式第4号（第9条関係）

田原市病後児保育室医師連絡票（診療情報提供書）

田原市長 殿

年 月 日

田原市病後児保育室の利用に当たり、次のとおり連絡します。

（保護者記入欄）

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 （満 歳）		
住 所			
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	

（医療機関記入欄）必要事項の記入及び該当する番号に○をつけてください。

病 名			
1 右記の可能性は極めて低いと診断します。  2 右記の可能性があると診断します。 （可能性のある右記疾患に○をつけてください。）	1 麻しん（はしか） 2 インフルエンザ 3 風しん 4 水痘（水ぼうそう） 5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ、ムンプス） 6 結核 7 髄膜炎菌性髄膜炎 8 咽頭結膜熱（プール熱） 9 流行性角結膜炎 10 急性出血性結膜炎 11 百日咳 12 腸管出血性大腸菌感染症（O157 O26 O111等）	13 溶連菌感染症 14 マイコプラズマ肺炎 15 手足口病 16 伝染性紅斑（りんご病） 17 ウイルス性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノウイルス等） 18 ヘルパンギーナ 19 R S ウイルス感染症 20 帯状疱疹 21 突発性発しん 22 伝染性膿痂疹（とびひ） 23 伝染性軟属腫（水いぼ） 24 アタマジラミ症	
	1 可 2 否		
利用の可否			
隔離の必要	1 無（他児との相部屋が可能） 2 有		
処 方	投薬（ 有 ・ 無 ） 処方（ ）		
食 事	1 特に制限なし 2 その他（ ）		
医 師 所 見	病後児保育室の利用にあたり、注意事項等ありましたらご記入をお願いします。  <div style="text-align: right;">                     医師氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span> </div>		

※この診療情報提供書については、健康保険の給付対象の診療情報提供料（I）としてご記入をお願いします。