

医療機関記入

医師連絡票(診療情報提供書)

年 月 日

(宛先)実施施設の長 様

医療機関 所在地

名 称

電 話

担当医師 氏 名

印

辰野町病児・病後児保育の利用に当たり、次のとおり連絡します。
なお、記入した個人情報は、辰野町及び実施施設で共有することを承認します。

患 者 氏 名		性別	男・女	生年 月 日	年 月 日 (歳 月)
病名・症状等	現 疾 患 の 発 症 日	年 月 日			
	病名・症状等(該当番号に○) 1 咽頭炎 2 急性上気道炎 3 気管支炎・肺炎 4 喘息・喘息性気管支炎 5 ヘルパンギーナ 6 胃腸炎 (ノロ・ロタ・その他) 7 周期性嘔吐症(自家中毒症) 8 流行性耳下腺炎 9 水痘 10 インフルエンザ感染症 (A型・B型・) 11 マイコプラズマ感染症 12 手足口病 13 RSウイルス感染症 14 アデノウイルス感染症 15 溶連菌感染症 16 中耳炎 17 伝染性膿痂疹 18 その他 (病名:) 19 病名不明時は症状 (発熱・嘔吐・その他)				
症状 (○印)	発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 喘鳴 ・ 発疹 その他 ()				
病状 (○印)	1 急性期 2 回復期				
隔離度(○印)	1 是非とも必要 2 できれば必要 3 不要				
投 薬	□お薬手帳又は薬剤情報を参照してください。 (該当の場合は、□にレを記入してください。)				
備 考					

※辰野町を居住地とする児童について、辰野町に情報提供を行った場合は、診療情報提供料(Ⅰ)を算定することができます。ただし、患者一人につき月1回の適用となります。