

阿賀町病後児保育事業診療情報提供書（医師連絡票）

阿賀町長様

阿賀町病後児保育の利用にあたり次のとおり診療情報を提供します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

印

電話番号

患者名 (児童名)		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)		
住所			

主治 医 記 入 欄	病名			
	症状	01 嘔吐 02 下痢 03 発熱 04 喘鳴 05 咳嗽 06 湿疹 07 その他 ()		
	既往歴			
	症状経過			
	治療経過			
	指示事項	隔離の必要	<input type="checkbox"/> なし(他児との相部屋が可能) <input type="checkbox"/> あり(他児との隔離が必要)	
		保育上の注意	<input type="checkbox"/> ベッド上安静	
			<input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッド上が主、静かな遊びは可)	
			<input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普通に遊んでよい)	
		飲食上の注意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
投薬・処方等		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 別紙参照(投薬処方の内容がわかるものの持参をご指導ください)		
解熱剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
その他の 注意事項				

※ この文書は、**阿賀町民である患者**の情報提供をした場合、診療情報提供料 I (250 点) を算定することができます。ただし、患者一人につき月 1 回限りとなります。