

大阪市病児・病後児保育事業

医師連絡票（診療情報提供書）

（提出先） 大 阪 市 長

大阪市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

平成 年 月 日

医療機関
住 所
T E L
担当医氏名

印

保護者記入欄

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

医療機関記入欄

病名・症状名 （該当する病名・症状に印をおつけください。）	1 感冒・感冒様症候群	9 中耳炎・外耳炎	17 麻疹
	2 咽頭炎	10 結膜炎（流行性を含む）	18 インフルエンザ
	3 扁桃腺炎	11 溶連菌感染症	19 水痘
	4 気管支炎	12 伝染性膿痂疹（とびひ）	20 百日咳
	5 喘息・喘息性気管支炎	13 突発性発疹	21 風疹
	6 消化不良症	14 手足口病	22 咽頭結膜熱（プール熱）
	7 感冒性嘔吐症	15 伝染性紅斑（りんご病）	23 その他
	8 自家中毒症	16 流行性耳下腺炎	（ ）
	【病名不明の時】		
	24 発熱	26 嘔吐	28 喘鳴
	25 下痢	27 咳嗽	29 発疹
	30 その他 （ ）		
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院（H 年 月 日～ 年 月 日）		
治 療 経 過 及 び 症 状 経 過			
食 事（昼食） （印で記入）	・ミルク ・牛乳のみ ・離乳食 ・幼児食 ・下痢食 ・アレルギー食（除去内容）		
安 静 度 （印で記入）	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育		
処 方 内 容 そ の 他 注 意 事 項			
	次回診療予定日	月 日	利用必要期間 月 日～ 月 日

医療機関の方へ

「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料()の扱いとなります。（小児科外来診療料を算定される場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料()が含まれているため、診療情報提供料()を算定することができません。）

家庭からの連絡票

平成 年 月 日 ()

お子さまのお名前	ふりがな 男・女	年齢 歳 か月
施設名	(保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校)	
保護者名	緊急時の 連絡先	① ㊟ - -
		② ㊟ - -
受診医療機関名	㊟ - -	
体温	昨夜 ℃	今朝 ℃
解熱剤の使用	使用していない ・ 使用した(日 時 薬品名)	
主な症状	発熱 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 嘔吐(回 最終 日 時)	
便	昨日 : 出していない ・ 出た(普通便 ・ 軟便 ・ 下痢便) *下痢の場合 回 今朝 : 出っていない ・ 出た(普通便 ・ 軟便 ・ 下痢便) *下痢の場合 回	
尿	よく出ている ・ 普通 ・ 少ない 今朝 : 出た ・ 出っていない	
食事	昨日の夕食() 今朝の朝食()	食欲は? ある ・ ない
アレルギー	なし ・ あり ある場合 除去食は(必要なし ・ 必要あり:)	
睡眠	昨夜は(時から 時まで) よく寝ていた・あまり寝ていない 昨日の午睡は(時から 時まで) ・ 午睡の習慣なし	
薬	あり(内服薬名 :) 食前に 計 種類 食間に 計 種類 食後に 計 種類 (外用薬等その他 計 種類 を 時に) なし	
*気になることや、注意してほしいことがあればご記入ください。		
*お子さまの病態に変化が見られたとき、かかりつけ医の指示のもとで受診を依頼されますか? 依頼する ・ しない	*今日のお迎えは []が [時 分]に来園	

※当日受け入れ時に別途利用申請書の記載が必要となります。印鑑をお忘れなくお持ちください。
認定こども園 城東ちどり保育園