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

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	□なし(他児との相部屋が可能)　□あり(他児との隔離が必要)
		保育上の注意	□ベッド上安静 □室内安静　(ベッド上が主、静かな遊びは可) □室内保育　(室内で普通に遊んでよい)
		飲食上の注意	□なし　□あり（　　）
		投薬・処方等	□なし　□あり（　　） □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	□なし　□あり（　　）
		アレルギー	□なし　□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。