

## 診 療 情 報 提 供 書

(提出先) 嘉手納町長

嘉手納町病児保育事業の利用について、次のとおり情報提供します。

平成 年 月 日

医 療 機 関

住 所

T E L

担当医師名

(印)

### 保護者記入欄

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	(満 歳)	
児 童 住 所	嘉手納町		
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 ( 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

「診療情報提供書の文書料は、診療情報提供料 (I) 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 (I) が含まれているため、診療情報提供料 (I) を算定することができません。)