

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。

令和 年 月 日

医療機関
住 所
T E L
担当医氏名

保護者記入欄

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	平成・令和 年 月 日	(満 歳)	
児 童 住 所	大阪市 区		
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	
病児・病後児保育事業利用希望開始日	令和 年 月 日から		

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	10 中耳炎・外耳炎	19 麻疹
	2 咽頭炎	11 結膜炎(流行性を含む)	20 インフルエンザ
	3 扁桃腺炎	12 溶連菌感染症	21 水痘
	4 気管支炎	13 伝染性膿痂疹(とびひ)	22 百日咳
	5 喘息・喘息性気管支炎	14 突発性発疹	23 風しん
	6 消化不良症	15 手足口病	24 咽頭結膜熱(プール熱)
	7 感冒性嘔吐症	16 伝染性紅斑(りんご病)	25 ヘルパンギーナ
	8 自家中毒症	17 流行性耳下腺炎	26 その他
	9 感染性胃腸炎(ノロ,ロタ 他)	18 RSウイルス感染症	()
	【病名不明の時】		
	27 発熱	29 嘔吐	31 喘鳴
	28 下痢	30 咳嗽	32 発疹
			33 その他
			()
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院 (H・R 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		

※医療機関の方へ

「医師連絡票」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。)