

鈴鹿市病後児保育医師連絡票

(宛先) 鈴鹿市長

医療機関 所在地
 名称
 医師氏名
 電話番号

この児童は診察の結果、病気の回復期にあり、病後児保育事業の利用が可能です。

保護者記載欄

児童氏名	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
児童住所	鈴鹿市		
保護者氏名		電話番号	— —

医師記載欄

病状・症状	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ（A・B） <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結を含む） <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> （ノロ・ロタ・その他） <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/>
	【病名不明】 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他（ ）
薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書のとおり <input type="checkbox"/> その他（ ）
安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド・布団上での生活が主。静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） <input type="checkbox"/> その他（ ）
食事	<input type="checkbox"/> 普段どおり [<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食（前期・中期・後期・完了期） <input type="checkbox"/> ミルクのみ] <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
その他 留意事項	
病後児保育利用期間(回復期) (原則連続7日間)	令和 年 月 日～令和 年 月 日の 日間程度

備考 対象児童の居住する市町村宛に情報提供した場合に患者1人につき月1回限り診療情報提供料（I）を算定することができます。

