第３号様式（第10条関係）

年　　月　　日

読谷村病児・病後児保育事業診療情報提供書

（提出先）読谷村長

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり情報提供します。

医療機関

住　　所

電話番号

担当医師　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| 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　　　　30　その他25　下痢　　　　27　咳嗽　　　　29　発疹　　　　（　　　　　　　　） |
| 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）又は小児科外来診療料のどちらかで算定できます。（小児科外来診療料には診療情報提供料（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。）