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。）