（注）
木津川市居住者への診療情報提供書は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。（患者１人につき月１回に限り算定）

令和　　年　　月　　日

病児・病後児保育診療情報提供書（医師連絡票）

木津川市長　様

医療機関　所在地
名　称
医師名　　印

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。
なお、記入した個人情報を木津川市及び実施施設で共有することを承諾します。

児童（患者）氏名		性別	男　・　女
生 年 月 日	平成 令和　　年　　月　　日生　（　　歳　　か月）		
児童（患者）住所			
病名・症状 （番号に〇印をおつけください。）	1　感冒・感冒様症候群 2　インフルエンザA 3　インフルエンザB 4　咽頭炎 5　扁桃炎 6　気管支炎 7　RSウィルス感染症 8　マイコプラズマ肺炎 9　喘息・喘息性気管支炎 10　感染性胃腸炎 11　細菌性胃腸炎 12　ヘルペス口内炎 13　溶連菌感染症 14　アデノウィルス感染症（咽頭結膜熱）	15　自家中毒症 16　中耳炎・外耳炎 17　結膜炎（流角結を含む） 18　ヘルパンギーナ 19　伝染性膿痂疹 20　突発性発疹症 21　手足口病 22　伝染性紅斑（りんご病） 23　流行性耳下腺炎 24　麻疹 25　水痘 26　百日咳 27　風疹 28　その他 （　　）	
	＜病名不明のとき＞ 1　発　熱　　2　下　痢　　3　嘔　吐　　4　咳　嗽 5　喘　鳴　　6　発　疹　　7　その他（　　）		
安　静　度 （番号に〇印をおつけください。）	1　ベッド上安静　　2　隔離室で隔離 3　室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可） 4　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		
食　事（昼食） （〇印をおつけください。）	ミルク　・　牛乳のみ　・　離乳食（前期・中期・後期）　・　幼児食		
	下痢食　・　アレルギー食（除去内容：　　）		
処方薬			
医師所見	1　急性期（発熱時等）　→　病児保育の利用（　可　・　不可　） 2　回復期（解熱・微熱等）　（病後児保育の利用可能）		

※利用できない基準
・麻疹（はしか）　・インフルエンザ、水痘の急性期　・下痢、嘔吐がひどい
・脱水症状がある　・咳、喘息がひどい　・呼吸困難がある　・38.5℃以上の発熱がある