

診療情報提供書

年 月 日

能勢町長様

【医療機関】

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名

印

病気の回復期にある下記児童の能勢町病後児保育室利用申請にあたり、次のとおり診療情報を提供いたします。

保護者記入欄

申請者(保護者)氏名		児童との続柄	
ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
住所	電話番号		

医師記入欄 病後児保育室の利用に当たり、下記のとおり病名を診断します。

病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 中耳炎
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> インフルエンザA
	<input type="checkbox"/> クループ症候群	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	<input type="checkbox"/> インフルエンザB
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹	<input type="checkbox"/> 骨折
	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> 水痘	()
	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 手足口病	
	(喘息発作が出ているときは 利用できません)	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	
	<input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 同一疾患であれば必要なし		
安静度	<input type="checkbox"/> 安静(ベッド上) <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッドでの生活が主) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい)		
治療経過 症状等			
現在の 投薬処方	処方	薬剤名	用量・用法
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	薬の説明書 <input type="checkbox"/> あり 処方の詳細は 薬の説明書参照 <input type="checkbox"/> なし		
配慮を要する 事項			

※医療機関のかたへ

「診療情報提供書」の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとなります。

(小児科外来診療を算定される場合は、当該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。)