

病児保育事業 診療情報提供書(医師連絡票)

令和 年 月 日

いなほ保育園 病児保育室 施設長 殿

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名

印

病児保育施設の利用にあたり、下記のとおり診療情報を提供します。

保護者記入欄

児童名	(男・女)	生年月日	年 月 日()歳
住所	電 話		

医療機関記入欄

傷 病 名	
安 静 度	<input type="checkbox"/> 病児保育の利用を認める。 (対象：当面症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていないことから集団保育が困難である児童。また、病気の回復期でもあるも、まだ、集団生活保育が困難である児童。)
既往歴及び家族歴	
病 状 経 過 及 び 検 査 結 果	
治 療 経 過	
現 在 の 処 方	
備 考	

- (備考) 1 ① 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付してください。
② 利用は小児科医院での受診が必須になります。上記欄を医師にご記入・ご捺印頂きご提出ください。
2 「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとなります。
(小児科外来診療料を算定される場合は、小児科外来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。)
- 3 回復期の範囲・日常罹患する疾病、伝染性疾患 ➡ 急性期を経過した以降
・慢性疾患 ➡ 発作が収まった以降
・外傷性疾患 ➡ 症状が固定した以降