

各医療機関 御中

本連絡票は、江東区医師会の了承を得ています。ご協力をお願いいたします。

平成 年 月 日

江東区病後児保育 医師連絡票（医療機関記入）

江東区長 殿

医療機関 住所

名称

医師名

電話番号

印

江東区病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男・女	生年月日	平成 年 月 日
住所	江東区 丁目 番 号	電話番号	方書

傷病名	該当する病名・症状に○印をお願いします。			主な症状
	01 感冒・感冒様症候群	09 自家中毒	17 麻疹	
	02 咽頭炎	10 中耳炎・外耳炎	18 水痘	
	03 扁桃腺炎	11 結膜炎	19 風疹	
	04 気管支炎	12 伝染性膿痂疹	20 百日咳	
	05 喘息	13 突発性発疹	21 インフルエンザ	
	06 喘息性気管支炎	14 手足口病	22 骨折	
	07 感冒性嘔吐症	15 伝染性紅斑	23.火傷	
	08 感染性胃腸炎	16 流行性耳下腺炎	24.その他 ( )	
病状 症状の経過 治療状況等				
既往症 家族歴				
安静度 (○印)	01 室内保育（他児童と静かな遊び可） 02 室内安静（ベット上での安静が主だが、室内で静かな遊び可） 03 隔離を要する 04 その他 ( )			
食事に関する 特別な指示	なし あり ( )			
処方内容	与薬時間	食前 食間 食後	その他 ( )	
	(薬品名)	(容量)	(用法)	
その他 注意事項				

病後児保育利用見込み期間	月 日より	日間程度（限度7日間）
--------------	-------	-------------

注1 対象児童の居住する区（江東区）宛に情報提供をした場合に、診療情報提供料（I）を算定することができる（250点）。患者1人につき、月1回限り算定する。

注2 江東区が正本を保管し、病後児保育実施施設は写しを保管すること。

※ 病気の回復期とは次の状態をいいます。

- ・ 診断が確定しており、急性期を経過した時以降
- ・ 伝染性疾患においては、他児への感染期を経過した時以降
- ・ 外傷性においては、症状が固定した時以降