様式第１号・第２号関係

**診療情報提供書（利用連絡票）**

**（保護者記入欄）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 男・ 女 | 生年月日 | Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日  （ 　 歳　　　か月） |
| 児童氏名 |  | |
| 住　所 | 小山市 | | | | 電話番号 |  |
| 病後児保育利用希望期間 | | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで | | | | |

**（主治医記入欄）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当する  病名・症状  番号に○をお願いします。 | 01　感冒・感冒性症候群   1. 咽　頭　炎 2. 扁　桃　腺　炎 3. 気　管　支　炎 4. 喘息・喘息性気管支炎 5. 消化不良症 6. 感冒性嘔吐症 7. 自家中毒症 8. 中耳炎・外耳炎 9. 結膜炎（流角結を含む） | 1. 突発性発疹症 2. 手　足　口　病 3. りんご病（伝染性紅班） 4. 流行性耳下腺炎 5. 麻　　　疹 6. 水　　　痘 7. 百　日　咳 8. 風　　　疹 9. インフルエンザ | （病名不明のとき）   1. 発　　熱 2. 下　　痢 3. 嘔　　吐 4. 咳　　痰 5. 喘　　鳴 6. 発　　疹 |
| 20　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **特に注意すべき事柄や指示がありましたら、記入をお願いいたします。（食事・特異体質・薬の使用他）** | | | |
| **病児・病後児保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。**  令和　　年　　月　　日  医　療　機　関　名  所　　　在　　　地  電　話　番　号  医　　　師　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |

注：対象児童は小山市内に住所を有する児童で、この書類により情報提供した場合には診療情報

提供料（**Ⅰ**）で算定することができる（250点）。患者１人につき月１回に限り算定する。