

### 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
児童氏名		性別			( 歳 か月)
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	11 突発性発疹症	(病名不明のとき)	
	02 咽 頭 炎	12 手 足 口 病		
	03 扁 桃 腺 炎	13 りんご病 (伝染性紅班)		20 発 熱
	04 気 管 支 炎	14 流行性耳下腺炎		21 下 痢
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 麻 疹		22 嘔 吐
	06 消化不良症	16 水 痘		23 咳 痰
	07 感冒性嘔吐症	17 百 日 咳		24 喘 鳴
	08 自家中毒症	18 風 疹		25 発 疹
	09 中耳炎・外耳炎	19 インフルエンザ		
	10 結膜炎 (流角結を含む)	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。