様式第5号

東大阪市病児・病後児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）

（宛先）東大阪市長

年　　月　　日

病児・病後児保育の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

（医療機関記入欄）

病　名	☐ かぜ（感冒、急性上気道炎、咽頭炎、扁桃炎等を含む） ☐ アデノウイルス　☐ RSウイルス　☐ 溶連菌感染症　☐ りんご病 ☐ インフルエンザ（ A ・ B 型）　☐ 水痘　☐ おたふくかぜ ☐ 胃腸炎　☐ 突発性発疹　☐ 麻しん　☐ 百日咳 ☐ ヘルパンギーナ　☐ 中耳炎・外耳炎　☐ 手足口病　☐ とびひ ☐ その他（　　）
症　状	☐ 発熱　☐ 下痢　☐ 嘔吐　☐ 咳嗽　☐ 喘鳴　☐ 発疹 ☐ その他（　　）
安静度	☐ ベッド上安静　☐ 室内安静　☐ 室内保育
アレルギー食	☐ 保護者からの申し出に従って実施　☐ 指示あり（配慮を要する事項等に記載）
配慮を要する事項等	
薬剤の処方	☐ あり　☐ なし ☐ お薬手帳を参照する ☐ 以下に記載

診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。

医療機関　名　称

所在地

電話番号

医師署名　㊞
（または記名押印）

（保護者記入欄）

ふりがな 児童氏名	男 女	生年月日	年　月　日 （　歳　か月）
児童住所		保護者氏名	
		電話番号	

※ 診療情報提供料（Ⅰ）を算定する場合は要件をご確認ください。