

医師連絡票（診療情報提供書）

（提出先）豊橋市長

年 月 日

病気（急性・回復）期にある児童が、病児保育の利用を申請するにあたり、次のとおり連絡します。

（保護者記入欄）

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	（満 歳）	
住 所			
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	

※病名や症状により利用できない場合があります。利用の際は、各施設へ確認してください。

（医療機関記入欄）必要事項の記入及び該当する番号に○をつけてください。

病 名			
1 右記の可能性は極めて低いと診断します。 2 右記の可能性があると診断します。 （可能性のある右記疾患に○をつけてください。）	1 ノロウイルス感染症 2 ロタウイルス感染症 3 R S ウイルス感染症 4 アデノウイルス感染症 5 流行性耳下腺炎	6 麻疹 7 水痘 8 百日咳 9 風疹 10 インフルエンザ	
病 状	1 急性期（発熱等）	2 回復期（解熱・微熱等）	
安 静 度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		
食 事	1 特に制限なし 2 その他、特に配慮が必要な事項がありましたらご記入をお願いします。 （ ）		
医 師 所 見	病児保育の利用にあたり、注意事項等ありましたらご記入をお願いします。		

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師氏名

※この診療情報提供書については、こじかこども園病児保育室、豊橋市民病院院内保育所「あおたけ」、病児保育室「つくし」を利用する場合に限り、健康保険の給付対象の診療情報提供料（I）としてご記入をお願いします。