

阿蘇市病児・病後児保育事業診療情報提供書

阿蘇市長 様

年 月 日

医療機関名  
所在地  
電話番号 FAX  
医師名

阿蘇市病児・病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

〔保護者記入欄〕

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生（満 歳）		
住 所			
保 護 者 氏 名		電話番号	

〔医療機関記入欄〕

下記の病名・病状番号に○印をお付けください		
1 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	〈病名不明のとき〉 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳 25 喘鳴 26 発疹 27 その他 〔 〕
2 咽頭炎	12 突発性発疹症	
3 扁桃腺炎	13 手足口病	
4 気管支炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	
5 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
6 消化不良症	16 麻疹	
7 感冒性嘔吐症	17 水痘	
8 自家中毒症	18 百日咳	
9 中耳炎・外耳炎	19 風疹	
10 結膜炎(流行性角結膜炎を含む)	20 その他〔 〕	
病 状	発疹・発熱・嘔吐・下痢等・その他( )	
感染性の有無	有 ・ 無	
医師所見		
処方内容		
備 考		

※この診療情報提供書については、診療情報提供料(I)の扱いとなり、月1回は健康保険適用となります。（小児科外来診療料を算定される場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料(I)が含まれているため、診療情報提供料(I)を算定することが出来ません。）