

※ご注意ください※ この提供書により利用できる施設は、キューピットハウス・愛あいルーム・ラベンダー・もみくんち・病後児保育室ぱんぷきんの5施設です。これ以外の施設は、この提供書では利用できません。

高知市病児保育事業 診療情報提供書（医師連絡票）

高知市長 様

令和 年 月 日

高知市病児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名

印

児童氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	平成・令和	年	月	日
児童住所	高知市				電話番号			
傷病名	(1) 発病（推定年月日） 令和 年 月 日 (2) 発病（推定年月日） 令和 年 月 日 (3) 発病（推定年月日） 令和 年 月 日 ■ 隔離の必要性 （有 ・ 無 ）							
紹介目的 （病児・病後児の 区分） ※どちらかを 囲んでください。	病児保育事業利用のため 上記疾病の { 回復期前であるが（病児） 回復期にあり （病後児） } 病児保育事業の利用に 支障がないと認める。 ※回復期の範囲については、欄外の備考4をご参考ください。							
既往歴及び 家族歴								
症状経過及び 検査結果								
治療経過								
現在の処方								
備考								

- （備考） 1 (1) 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
(2) 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。
(3) 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を入力してください。かつ、児童住所及び電話番号を必ず記入してください。
2 この提供書を記載していただく料金は「診療情報提供料（Ⅰ）」の扱いとなります。
3 病後児保育室ぱんぷきんは病後児のみを対象とします。
4 回復期の範囲 ・ 日常罹患する疾病、伝染性疾患 ⇒ 急性期を経過した以降
・ 慢性疾患 ⇒ 発作が治まった以降
・ 外傷性疾患 ⇒ 症状が固定した以降
5 病児保育事業対象疾患について、麻しん及び結核（就業制限中）は除きます。
6 当該初診を受けた患者の病児保育事業利用中の病状変化について、看護に当たっている者から、電話にて治療上の意見を求められ、必要な指示をした場合に、再診料を算定できる場合があります。