別記様式第３号

医師連絡票（診療情報提供書）

函館市長　様（病児保育事業実施施設　御中）

函館市病児保育事業の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

【保護者記入欄】※保護者が記入してください。
利用する施設によっては，保育のできない疾病がありますので事前に確認のうえ，医師に発行を依頼してください。

ふりがな 児童氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日 生 （満　歳）
住所	〒 電話番号　－　－				
保護者氏名	父 ・ 母 ・ その他（　）				

【医療機関記入欄】
病児保育の利用が可能であると認められる場合に限り，本票に診療状況を記入のうえ，保護者にお渡しください。

病　名	□ 感冒・感冒様症候群 □ 扁桃腺炎 □ クループ症候群 □ 気管支炎 □ 肺炎 □ 気管支喘息 □ 急性胃腸炎（疑いを含む） □ 中耳炎 □ 結膜炎（流角結を含まない） □ 溶連菌感染症 □ 突発性発疹 □ 咽頭結膜熱 □ 流行性角結膜炎 □ ヘルパンギーナ □ 手足口病 □ インフルエンザ □ 百日咳 □ 伝染性膿痂疹 □ 伝染性紅斑（りんご病） □ 流行性耳下腺炎 □ 麻疹 □ 風疹 □ 水痘 □ その他 （　） □ 病名不明（嘔吐・下痢・発熱・咳・湿疹）
病状	□ 急性期（発熱等）　□ 回復期（解熱・微熱等）
保育上の留意事項	１　ベッド上の安静 ２　室内安静（ベッドでの生活が主、静かな遊び可） ３　室内保育（室内で普通に遊ぶことは可）
食事に関する指示	□ なし　□ あり（　）
処　方	□ あり（お薬手帳または別紙参照）　□ なし
その他の注意事項	

※函館市に対し，函館市民の情報を提供した場合に診療情報提供料（Ｉ）を算定することができます。
（患者１人につき月１回）
※当連絡票の有効期限は発行日から７日以内です。７日を経過した場合は，再度，医療機関に発行を依頼してください。

年　月　日　　医療機関名
所 在 地
電 話 番 号
医 師 氏 名