

様式第3号（第11条関係）

医師連絡票（診療情報提供書）

砥部町長 様
（実施施設長 様）

砥部町病児・病後児保育事業の利用にあたり、次のとおり情報を提供します。

※太枠内 医療機関記入

入院の必要性 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 年 月 日診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。
--------------------	--

※本票は上記項目にチェックが付く場合のみ作成してください。
※この文書は保険診療（診療情報提供料I）の扱いとなります。

※保護者記入欄	児童氏名		医療機関名	
	生年月日	年 月 日生		
	性別	男 ・ 女	担当医師名	
	就学等の状況			

下記の病名・病状番号に○印をお付けください。

01 感冒・感冒様症候群	16 水痘	〈病名不明のとき〉 26 発熱 27 下痢 28 嘔吐 29 咳 30 喘鳴 31 発疹
02 咽頭炎	17 百日咳	
03 扁桃腺炎	18 風疹	
04 気管支炎	19 インフルエンザA型	
05 喘息・喘息性気管支炎	20 インフルエンザB型	
06 嘔吐下痢症	21 新型コロナウイルス感染症	
07 自家中毒症	22 アデノウイルス感染症	
08 中耳炎・外耳炎	23 溶連菌感染症	
09 結膜炎（流角結を含む）	24 RSウイルス感染症	
10 膿痂疹	25 その他（下に病名を記載 （ ）	
11 突発性発疹症		
12 手足口病		
13 りんご病（伝染病紅斑）		
14 流行性耳下腺炎		
15 麻疹		

病 状（○印）	1 急性期（発熱等） 2 回復期（解熱・微熱等）
隔離の必要性（○印）	1 必要 2 不要
安静度（○印）	1 安静必要（ベッド上での生活が主） 2 安静必要（室内での静かな遊び可） 3 安静不要（普通に遊んで良い）
薬の処方（○印）	無
	有（有の場合は、保護者が施設にお薬手帳など処方薬の内容が分かるものを持参すること。）
その他 特記事項	

医療機関の方へ

病児・病後児保育事業に係る「医師連絡票（診療情報提供書）」について

1. 診察した病児・病後児保育利用希望の児童について、入院の必要性がなく、病児・病後児保育の利用が可能であると認められる場合に限り、診療情報提供のため、本連絡票に診療状況を記入の上、原本を児童の保護者にお渡しください。（医師連絡票は、児童の保護者から実施施設を經由し、砥部町へ提出されます。）
2. 対象児童が居住する市町村宛に情報提供した場合に、診療情報提供料（I）を算定することができます。その際、レセプト摘要欄に診療情報の提供先として「砥部町」を記入してください。
3. 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）を算定することができません。
4. 患者からは、自己負担分の支払いを受けてください。健康保険適用による診療の場合は、自己負担分に対し、砥部町の医療費助成（子ども医療費助成制度）の適用となります。
5. 砥部町外在住の方が砥部町の病児・病後児保育を利用するために医師連絡票にご記入いただいた場合には、できる限り無料での対応をお願いいたします。
6. 本連絡票の原本は砥部町が保管しますので、医療機関においてカルテ等に添付して保管される場合は、コピーでの保存をお願いします。

お手数をおかけしますが、何卒よろしく願いいたします。

【問い合わせ先】

砥部町子育て支援課
TEL 089-962-6299