

病児・病後児保育 診療情報提供書（医師連絡票）

（提出先） **釧路市長** （病児・病後児保育施設経由）

病児・病後児保育の利用にあたり、下記のとおり診療情報を提供します。

児童氏名			性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	年	月	日	（満 歳 か月）
住 所				
保護者氏名			連絡先番号	
病名 ・ 症状 （ ☐ に ☒ ）	☐ 上気道炎 （咽頭炎・扁桃炎含む） ☐ 気管支炎 ☐ 肺炎 ☐ 喘息 ☐ 喘息性気管支炎 ☐ 胃腸炎 ☐ ノロウイルス感染症 ☐ ロタウイルス感染症 ☐ 突発性発疹 ☐ 手足口病 ☐ 伝染性紅斑（りんご症） ☐ 流行性耳下腺炎（おたふく風邪） ☐ 麻しん ☐ 風疹		☐ 水痘 ☐ インフルエンザ（Ａ型） ☐ インフルエンザ（Ｂ型） ☐ インフルエンザ（型不明） ☐ 溶連菌感染症 ☐ ＲＳウイルス感染症 ☐ ヘルパンギーナ ☐ アデノウイルス ☐ 咽頭結膜熱（プール病） ☐ ヒトメタニューモウイルス ☐ 中耳炎 ☐ 外耳炎 ☐ 外傷	
	☐ その他 []			
診 療 形 態	☐ 外来 ☐ 入院（ 年 月 日～ 年 月			
症状経過及び 治療状況等				
利 用 区 分	☐ 病児（病氣中） ☐ 病後児（回復期）			
現在の投薬処方	投薬されている薬剤名(服薬にあたっての留意事項等) [] ☐ 「おくすり手帳」参照			
安静度	☐ 個室隔離でベット(布団)上 ☐ 個室隔離で室内安静の生活が主であるが、他児との静かな遊びは可 ☐ 一般室で他児と通常保育			
そ の 他 注 意 事 項				
医療機関名 所在地 電話番号 医師氏名 (印)				

※医療機関の方へ～本書式の診療情報提供料（１）の取扱いについては、裏面をご確認ください。

医療機関の方へ

病児・病後児保育事業に係る「診療情報提供書（医師連絡票）」について

・本連絡票は、医科診療報酬点数表別紙様式12の2に準じた様式です。ご記入いただいた個人情報は、病児・病後児保育事業の実施についてのみ利用します。

・診察した児童について、入院の必要性がなく、当面症状の急変が予想されず、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、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（本連絡票は、児童の保護者から病児・病後児保育実施施設を経由し、釧路市へ提出されます）。

※病後児保育事業については、回復期にある場合が対象です

・対象児童が居住する市町村宛に情報提供をした場合、診療情報提供料（Ⅰ）を算定することができますので、レセプト摘要欄には診療情報の提供先として「釧路市」と記入してください。

・利用者の方からは、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、自己負担分は、釧路市の医療費助成（子ども医療費助成制度）の適用となります。

・宛先が「施設長」である診療情報提供書（医師連絡票）にご記入いただいた場合は、保険適用外となりますので、自費負担分を利用者にご請求ください。

・小児科外来診療料を算定する場合は診療情報提供料（Ⅰ）が含まれているため、診療情報提供料（Ⅰ）を算定することはできません。

・利用者の方1人につき月1回の算定となります。

・本連絡票の原本は釧路市保管となりますので、医療機関等において、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。