

# 医師連絡票(診療情報提供書)

令和7年7月改正

佐賀市長 宛

病児・病後児保育室の利用について、下記のとおり連絡します。

令和 年 月 日

(ふりがな) 児童名		男・女	所在地	印
生年月日	年 月 日 ( 歳 カ月)		医療機関名	
症状 (○をつける)	急性期 ・ 回復期		医師名	
01 上気道炎 02 咽頭扁桃炎 03 肺炎、気管支炎 04 喘息・喘息様気管支炎 05 中耳炎・外耳炎 06 結膜炎 (流行性角結膜炎除く) 07 膿痂疹 08 突発性発疹症 09 手足口病 10 伝染性紅斑 (りんご病)	11 溶連菌感染症 12 アデノウイルス感染症 13 RS ウィルス感染症 14 嘔吐下痢症 15 流行性耳下腺炎 16 インフルエンザ 17 水痘 18 百日咳(回復期)  ※状況によってお預りできないことがあります。	23 外科系 【 24 その他 【 〈病名不明のとき〉 ・発熱 ・下痢 ・嘔吐 ・咳嗽 ・喘鳴 ・発疹 ┌───┴───┐ ┌【現在行っている処置】┐ └ 吸入 ・吸引 └ つけかえ		
隔離の必要性	隔離 ( 要 ・ 不要 ・ 可能であれば ) ※隔離については保育の預かり状況等により再検討させていただくことがあります。			
処方内容	<input type="checkbox"/> おくすりノート参照 <input type="checkbox"/> 別記・詳細 [ ]			
注意事項	けいれん ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 喘鳴 ・ 呼吸苦 ・ その他 ( )			
その他 連絡事項				
保育中に 必要な処置	吸入 鼻汁吸引 その他 ( )			
次回診察予定日	要【 月 日 ( ) 】 ・ 不要 ・ 症状が改善すれば不要			

## 連絡票をご記入いただくお医者様へ

※この連絡票は、佐賀市の子育て支援事業の一環として医師会のご協力をいただいているものです。お手数をおかけいたしますが、  
無料にて記入していただきますようよろしくお願いいたします。

※対象児童の居住する区市町村宛てに情報提供を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(250点)。患者1人につ  
き月1回に限り算定します。

※記入した連絡票の写しを診療録に添付してください。 (当事業への問い合わせ 佐賀市こども政策課 TEL 0952-40-7293)

【病児・病後児保育室へのお問い合わせ】 橋野こどもクリニック内「ぞうさん保育室」TEL(0952)31-0022

おたけこ小児科内「かるがものへや」 TEL(0952)26-4114

電話対応時間(月～金曜)7:30～18:00 (土曜)7:30～13:00