

西条市乳幼児健康支援サービス事業連絡書

西条市長 殿

平成 年 月 日

医療機関 所在地
名 称

担当医師
電 話 印

西条市乳幼児健康支援サービス（病後児保育）事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

| | | | |
|------------------|--|------------|-------|
| 患者氏名 | | 性別 | |
| 患者生年月日 | (満 歳) | | |
| 患者住所 | | | |
| 電話番号 | | 保護者氏名 | |
| 病名・症状 (番号に○) | 1 急性上気道炎 | 10 流行性耳下腺炎 | |
| | 2 気管支炎・肺炎 | 11 麻しん | |
| | 3 喘息・喘息性気管支炎 | 12 水痘 | |
| | 4 嘔吐下痢症 | 13 風しん | |
| | 5 感染性胃腸炎 | 14 インフルエンザ | |
| | 6 周期性嘔吐症(自家中毒症) | 15 溶連菌感染症 | |
| | 7 突発性発疹症 | 16 中耳炎 | |
| | 8 手足口病 | 17 膿痂疹 | |
| | 9 伝染性紅班(りんご病) | 18 その他() | |
| | (病名不明のとき) | | |
| | 19 発熱 | 20 下痢 | 21 嘔吐 |
| | 22 咳嗽 | 23 喘鳴 | 24 発疹 |
| 診療形態 | 1 外来 2 往診 3 入院 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) | | |
| 既往症、治療 及び症状経過 | | | |
| 現在の 投薬処方 | | | |
| 食事における 注意事項 | | | |

※医療機関へ 西条市乳幼児健康支援一時預かり事業利用連絡書発行費用として、医療費助成（乳幼児、母子家庭、重度心身障害者）に該当しない方は750円（医療保険の診療情報提供料（I）250点×3割負担）を受け取ってください。ただし、医療費助成に該当する方については、自己負担分はありません。患者1人につき、月1回に限り算定できます。