

診療情報提供書

年 月 日

富岡市長 様

次のとおり、病後児保育の利用に当たり連絡します。

医療機関名

医 師 名

印

電 話

太枠内は、保護者の方が記入してください。

ふりがな 児童氏名	男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 月)
住 所 電 話	富岡市 ()	保護者氏名		
傷 病 名 又は症状				
今 回 の診 療 形 態	発症年月日	年 月 日		
	初診年月日	年 月 日		
	入 院	無 ・ 有		
	(年 月 日 ~ 年 月 日)			
服薬状況	1. 別紙 (お薬手帳・明細表など) に記載されています。 2. 次のとおり ()			
症状・経過今後の 見通し				
保育上の 留意事項	安 静	1. ベッド内	2. 室内	3. 外出可
	食 事	1. 普通食	2. 全 粥	3. 制限食
	感染症	1. ある	2. なし	
	その他	()		

主治医の先生へ

この書類は、上記児童が病後児保育を利用するために必要な事項を情報提供いただくものあり、保険診療「診療情報提供料 (I)」でお取扱い願います。