

訪問型病児病後児保育事業 診療情報提供書（医師連絡票）

平成 年 月 日

訪問型病児病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

医療機関の所在地及び名称

電話番号

担当医師氏名

印

児童氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日生
児童住所				電話番号	
傷病名	(1) 発病（推定年月日）平成 年 月 日 (2) 発病（推定年月日）平成 年 月 日 (3) 発病（推定年月日）平成 年 月 日 ■ 感染症の場合の感染の恐れ （有 ・ 無）				
紹介目的 (病児・病後児の 区分) ※どちらか選択 してください。	病児保育事業利用のため 上記疾病の { 回復期には至らないが（病児） 回復期等にあり（病後児） }				病児保育事業の利用に 支障がないと認める。
既往歴及び 家族歴					
症状経過及び 検査結果					
治療経過					
現在の処方					
備考					

- (備考) 1 ① 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
 ② 必要がある場合は画像診断のフィルム，検査の記録を添付してください。
 ③ 紹介先が保険医療機関以外である場合は，紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局，市町村，保健所名等を入力してください。かつ，児童住所及び電話番号を必ず記入してください。

2 この提供書を記載していただく料金は「診療情報提供料（I）」の扱いとなります。

3 回復期の範囲・日常罹患する疾病，伝染性疾患 ⇒ 急性期を経過した以降

- ・慢性疾患 ⇒ 発作が治まった以降
- ・外傷性疾患 ⇒ 症状が固定した以降