

病児病後児保育事業 診療情報提供書（医師連絡票）

※注意

この診療情報提供書は 訪問型病児病後児保育及び企業主導型病児保育施設で利用できます。それ以外での利用はできません。

病児病後児保育 実施事業所 様 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	年 月 日
児童住所				電話番号	
傷病名	(1)発病(推定年月日)				年 月 日
	■ 感染症の場合の感染の恐れ（有・無）	(2)発病(推定年月日)			年 月 日
		(3)発病(推定年月日)			年 月 日
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) } 病児保育事業の利用に支障がないと認め { 回復期等にあり(病後児) }				
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、保健所名等を記入してください。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）」の扱いとはなりません。
 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 → 発作が収まった以降
 ・外傷性疾患→ 症状が固定した以降