

年 月 日

病 後 児 保 育 連 絡 票 (診 療 情 報 提 供 書)

菊 陽 町 長 様

医療機関住所

名称

医師名

⑩

電話番号 (- -)

F A X 番号 (- -)

保 護 者 記 入 欄	ふりがな		生年月日	年 月 日
	児童氏名			(歳 ヶ月)
	保護者氏名		電話番号	
	園名	() 保育園 () 幼稚園 () 園		
	学校名	() 小学校		
既往症	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> その他 ()			

病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

主 治 医 記 入 欄	病名			
	病状	※ <input type="checkbox"/> 急性期 <input type="checkbox"/> 回復期	全身状態 : <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> あまり良くない	
	服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 日分 (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 時間指定 時間毎)		
	安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静 (室内での静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普段通り遊んで良い)		
	病後児保育利用見込	<input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> その他 (日程度)		
	その他連絡事項			

※症状によってはご利用をお断りすることがあります。

この書類作成にかかる費用は、市町村への情報提供として保険診療「診療情報提供料(1)」でお取り扱い願います。

患者一人につき月1回に限り算定できます。(保険点数250点)

同月内の2回目以降の利用には書類作成代として利用者負担が生じる場合があります。