

別記様式第3号(第8条関係)

年 月 日

病児・病後児保育連絡票（診療情報提供書）

大津町長 様

医療機関 住所

医師名 ⑩

電話番号

保護者記入欄	ふりがな 児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
	保護者名		電話番号	
	園名 学校名			
	既往歴	<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 ()		

病児・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通り提供します。

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"/> あまりよくない
	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 (静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普段通り遊んでよい)	
	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「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。