

診察情報提供書

病児・病後児保育 医師連絡票

岐南町長 様  
(実施者) 様

医療機関

住 所  
名 称  
医 師 名

印

電話番号

病児・病後児保育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。

児 童 氏 名	男 女	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 ヶ月 )
住 所			
保 護 者 氏 名	電 話 番 号		
傷 病 名			
診 療 形 態	発症年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日 外来 往診 入院 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )		
医 師 所 見	症状・既往症・治療状況・経過等		
現 在 の 投 薬 処 方	与薬方法：食前・食間・食後・指定時間 ( 時間毎 ) 投薬品名：		
保 育 上 の 留 意 点	1 室内安静 ( ベットのうえでの生活が主 ) 2 室内保育		

注1 対象児童の居住する岐南町宛に情報提供をした場合に診療情報提供料 ( I ) を算定することができ ( 250点 ) 患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 岐南町が正本を保管し、病児・病後児保育実施施設は写しを保管すること。