

水俣市病児・病後児保育事業診療情報提供書

施設長 様

医療機関 住 所

名 称

医師名

印

電話番号

水俣市病児・病後児保育事業の利用にあたり、必要な診療情報について次のとおり提供します。

児 童 氏 名		男 女	生年月日	年 月 日	
児 童 住 所					
病 名					
病 状	1 急性期 (発熱等)	2 回復期 (解熱・微熱等)			
症 状 症状の経過 治療状況等					
隔離の要否	要 ・ 否				
安 静 度	1 ベッド上安静	2 室内安静	3 室内保育		
食 事	1 ミルク	2 離乳食 (前期・中期・後期)	3 普通食	4 下痢食	
病児・病後児 保育利用見込	1 3日程度	2 1週間程度	3 その他 (日程度)		
アレルギー	無 ・ 有 ()				
処 方 内 容	与薬時間	食前	食間	食後	その他 ()
	薬品名・用量・用法				
その他注意事項					

(注1) この提供書を記載していただく料金は、保険診療 (診療情報提供料 I) の扱いとなります。(患者1人につき月1回に限り算定)