

病児保育事業 診療情報提供書（医師連絡票）

※この診療情報提供書は『さくら保育園 病児保育室にここRoomでしか使えません』

さくら保育園病児保育室 にここRoom 様

令和 年 月 日

病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 日生
児童住所				電話番号	
傷病名	(1) 発病（推定年月日） 年 月 日 (2) 発病（推定年月日） 年 月 日 (3) 発病（推定年月日） 年 月 日 ■ 感染症の場合の感染の恐れ （有 ・ 無）				
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 <input type="checkbox"/> 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る。 <input type="checkbox"/> 回復期には至らないので病児保育の利用を認めない。				
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、保健所名等を入力してください。かつ、児童住所及び電話番号を必ず記入してください。
- 2 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 ⇒ 発作が治まった以降
・外傷性疾患 ⇒ 症状が固定した以降
- 3 この医師連絡票は診療情報提供料の算定はできません。