

病児・病後児保育連絡票（診療情報提供書）

町長様

医療機関 住所

名称

医師名

印

電話番号（ - - ）

FAX 番号（ - - ）

ふりがな 児童氏名	生年月日	平成 年 月 日 (歳)
住所		
病名		
治療経過 ・内容等 (簡単にお書きください)		
服薬の有無	無 ・ 有 〔 内容、 投薬方法等 〕	
安静度 (○印をつけてください)	1. 室内保育（室内で普通どおり遊んで良い） 2. 室内安静（室内での静かな遊びは可） 3. ベット上での安静を要す 4. 隔離室での隔離を要す	
食事（昼食） (指定があれば○印をつけてください)	1. ミルク 2. 牛乳のみ 3. 離乳食 前期・中期・後期) (4. 幼児食 5. 下痢食 ※ アレルギー除去食が必要な場合はお弁当持参	
その他留意すべき事項	アレルギーや予防接種の状況等をお書きください。	

* 上記は診療情報提供書（I）注2（保険点数250点）が適用されます。月1回は健康保険適用となります。同月内の2回目以降は利用者に経費が発生する場合があります。