

年 月 日

病 後 児 保 育 連 絡 票（診療情報提供書）

菊 陽 町 長 様

医療機関 住所

名称

医師名

⑨

電話番号 (- -)

F A X 番号 (- -)

保 護 者 記 入 欄	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
	児 童 氏 名			(歳 ヶ月)
	保 護 者 氏 名		電 話 番 号	
	園 名	() 保育園 () 幼稚園 () 園		
	学 校 名	() 小学校		
	既 往 症	☐ 麻疹 ☐ 風疹 ☐ 水痘 ☐ 突発性発疹 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 熱性けいれん ☐ その他 ()		

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とおり提供します。

主 治 医 記 入 欄	病 名			
	病 状	※ ☐ 急性期 ☐ 回復期	全 身 状 態 : ☐ 良い ☐ あまり良くない	
	服 薬	☐ 無 ☐ 有 日分 (☐ 食前 ☐ 食後 ☐ 時間指定 時間毎)		
	安 静 度	☐ 室内安静 (室内での静かな遊びは可) ☐ 室内保育 (室内で普段通り遊んで良い)		
	病後児保育利用見込	☐ 3日程度 ☐ 1週間程度 ☐ その他 (日程度)		
	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「診療情報提供料(Ⅰ)」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。