

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

㊦

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 (簡明にお書きください)	病児保育利用見込み（                      日程度 ）	
服薬の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 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。