

病児病後児保育事業 診療情報提供書（医師連絡票）

※注意

この診療情報提供書は 訪問型病児病後児保育 及び 企業主導型病児保育施設 で利用できます。
それ以外での利用はできません。

病児保育 実施事業所 様

年 月 日

病児病後児保育事業の利用について、次の通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	
児童住所					電話番号	
傷病名	(1)発病(推定年月日)				年 月 日	
	■感染症の場合の感染の恐れ(有・無)	(2)発病(推定年月日)				年 月 日
		(3)発病(推定年月日)				年 月 日
紹介目的	病児保育事業利用のため () 上記疾病の 回復期前であるが(病児) 病児保育事業の利用に支障がないと認める。					
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、保健所名等を記入してください。
 かつ、児童住所及び電話番号を必ず記入してください。

2 この提供書を記載していただく料金は「診療情報提供料(I)」の扱いとはなりません。

- 3 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 → 発作が始まった以降
 - ・ 外傷性疾患 → 症状が固定した以降