

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

医療機関名

医師名 印

電話番号 （ — — ）

F A X 番号 （ — — ）

ふ り が な 児 童 氏 名		生年月日	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)	病児保育利用見込み (日程度)		
服薬の有無	無 ・ 有 〔 内容 投薬方法等 〕		
安 静 度 (○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. ベッド上での安静を要す 4. 隔離室での隔離を要す		
食 事 (昼食) (指定があれば○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料(Ⅰ)注 2（保険点数250点）が適用されます。月 1 回は健康保険適用になります。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。