

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（ — — ）

FAX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。