

医師連絡票
(診療情報提供書)

社会福祉法人山県市社会福祉協議会

会長 丹羽 英之 様

(医療機関) 住 所 _____

名 称 _____

医師名 _____ (印)

電話番号 _____

乳幼児又は児童が、山県市社会福祉協議会病児保育おひさまの利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

ふりがな 園児・児童氏名	男	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	女	園・学校名	
住 所			
保 護 者 氏 名	電話番号		
傷 病 名			
診 療 形 態	発症年月日		年 月 日
	初診年月日		年 月 日
	外来 往診 入院 (年 月 日 ~ 年 月 日)		
医 師 所 見	症状・既往症・治療状況・経過等		
現在の投薬処方	与薬方法 : 食前・食間・食後・指定時間 (時間毎)		
	投薬品名 :		
保育上の留意点	1 室内安静 (ベット上での保育が主) 2 室内保育		

※情報提供をした場合に診療情報提供料 (I) を算定することができます。