

### 診療情報提供書（病児保育用）

（実施主体）

山県市社会福祉協議会 会長 様

（医療機関）住 所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ ⑩

電話番号 \_\_\_\_\_

次の児童が、山県市社会福祉協議会病児保育おひさまの利用申込みをするにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
			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。