

病後児保育診療情報提供書（医師連絡票）

氷見市長 あて

医療機関
所在地
電話番号
医師名

印

病気回復期にある児童が病後児保育を利用するにあたり、下記の点について連絡します。

ふりがな			生年月日
お名前	様	男・女	H・R 年 月 日 (年齢)
ご住所	氷見市		
病名			診断された日
			年 月 日
主な症状	発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・その他 ()		
留意すべき事項			
治療経過内容等			
薬について			

*太枠内にご記入ください。留意すべき事項等ありましたらご記入ください。

(注) この診療情報提供書については、健康保険の給付対象の診療情報提供料（I）としてご記入をお願いします。