

病児・病後児保育室 診療情報提供書

殿

年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

F A X

医師名

印

病児 急性 回復 期にある児童が 病児・病後児保育の利用を申請するにあたり、
次のとおり診療情報を提供いたします。

児童氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生	(満 歳)	
住所			
保護者氏名		電話番号	

傷病名	
病状・症状	
現在の投与処方	与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（ 時間毎） 投薬品名： 解熱剤使用：なし ・ あり（ 日 時）
医師所見	
既往歴及び家族歴	

* 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としてご記入をお願いします。