

医師連絡票
(病後児保育診療情報提供書)

年 月 日

国見町長

医療機関 住 所
名 称
医師氏名
電話番号

印

病後児保育の利用にあたり必要な情報について下記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)
住 所			
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	投薬方法 : 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(ベット上での生活が主) 2 室内保育		
そ の 他 注 意 事 項			

※ この文書は保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いになります。
また、自己負担分は国見町子ども医療費の対象となります。
ただし、患者一人につき月一回の適用になります。