

### 医師連絡票

(診療情報提供書)

(申請先) 羽島市長 松井 聡 様

〔 病児保育室かみなりくん  
はしま広域ファミリー・サポート・センター 〕

(医療機関) 住 所 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_ (印)

電話番号 \_\_\_\_\_

乳幼児又は児童が、〔 病児保育室かみなりくん  
はしま広域ファミリー・サポート・センター 〕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 ・ 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。