

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 _____ ⑩

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	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
		女	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。