

診療情報提供書

年 月 日

(あて先) 幸手市長

医療機関名称

所在地

電話番号

医師名

次の児童による病児保育の利用にあたり、必要な情報について次のとおり提供します。

なお、この診療情報提供書の写しを実施施設へ提供することに同意します。

児童氏名		生年月日	年	月	日
病名・症状					
検査結果		検査名	検査日	検査結果	
※感染症に関する 検査を行っている 場合のみ	検査		月 日		
	検査		月 日		
	検査		月 日		
安静度 ○印	1 ベッド上安静 2 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)				
食事(昼食) ○印	1 ミルクのみ 2 離乳食前期 3 離乳食中期 4 離乳食後期 5 幼児食 6 下痢食 7 アレルギー食 (除去内容)				
投薬の有無 ○印	1 あり 2 なし				
連絡事項					

※ この文書は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。患者1人につき月1回の適用となります。（小児科外来診療料を算定される場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料Ⅰが含まれているため算定することができません。）

※ 市が正本を保管し、病児保育室は写しを保管する。