様式第10号(第27条関係)

診療情報提供書

年　　月　　日

安中市長　様

病後児保育の利用に伴い、利用者の診療情報を次のとおり提供します。

<table>
<tr><td>フリガナ
利用者氏名</td><td></td><td>生年月日
及び年齢</td><td>年　月　日
歳　月</td><td>性別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住所及び
電話番号</td><td colspan="3"></td><td>保護者
の氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>傷病名
及び症状</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>診療形態</td><td colspan="5">初発年月日　　年　月　日
入院の有無　(　有り　・　無し　)
入院の期間　　年　月　日から　　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>服薬状況</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>経過状況</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">保育上の
留意事項</td><td>活動の範囲</td><td colspan="4">1　ベッド上　　2　室内　　3　外出可</td></tr>
<tr><td>食事</td><td colspan="4">1　普通食　　2　全かゆ　　3　制限食</td></tr>
<tr><td>感染症</td><td colspan="4">1　有り(疾病名　　)　2　無し</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

備考　太枠内は、保護者の方が記入してください。

上記の者は、病後児保育を利用することに差し支えありません。

医療機関名

医師氏名　　㊞

※ 医療機関の方へ

この書類に記載していただく文書料は、保険診療「診療情報提供料（Ⅰ)」の扱いとなります。