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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ利用者氏名 | 　 | 生年月日及び年齢 | 年　　月　　日歳　　月 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所及び電話番号 | 　 | 保護者の氏名 | 　 |
| 傷病名及び症状 | 　 |
| 診療形態 | 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 |
| 服薬状況 | 　 |
| 経過状況 | 　 |
| 保育上の留意事項 | 活動の範囲 | 　1　ベッド上　　2　室内　　　3　外出可 |
| 食事 | 　1　普通食　　　2　全かゆ　　3　制限食 |
| 感染症 | 　1　有り(疾病名　　　　　　　　　　　　　　)　2　無し |
| その他 | 　 |

　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　　　　　　　　　　　印

※ 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。