様式第3（第8条関係）

医療機関発行

病後児保育症状連絡票兼診療情報提供書

美 浜 町 長　　様
（美浜町病後児保育室）

現時点での入院の必要性は認められません。
病後児保育室の利用に同意し、児童の病後の症状について連絡します。

年　　月　　日

所 在 地
名　　称
電　　話
医 師 名　　㊞

＜保護者記入欄＞

フリガナ 児童氏名		性　別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日生（　　歳　　か月）		
住　　所	美浜町		
フリガナ 保護者氏名		電話番号	自宅 携帯

＜主治医記入欄＞

病名 （症状）		
利用の可否	□病後児保育室の利用可（回復期）　　□否（利用不可）	
指示事項 □の該当箇所にチェックを記入してください。	隔離の必要	□なし（他児との相部屋が可能）　□あり
	保育上の注意	□ベッド上安静 □室内安静（ベッド上が主、静かな遊びは可） □室内保育（室内で普通に遊んでよい）
	飲食上の注意	□なし　　□あり（　　）
	投　　薬	□なし　　□あり（　　）
	解熱剤の使用	□なし　　□あり（　　）
	アレルギー	□なし　　□あり（　　）
	その他の 注意事項	
	利用を必要 とする期間	月　　日から　　月　　日まで

注1）対象児童について、美浜町に情報提供をした場合に、診療情報提供料（Ⅰ）の注2を算定することができる。患者1人につき月1回限り算定する。
注2）診療情報提供書の有効期間は、記入日の翌日から起算して原則3日間とする。（土日を含む。）
注3）保護者記入欄は保護者、主治医記入欄は主治医がそれぞれ記入すること。