

第6号様式（第10条関係）

富里市病児・病後児保育事業診療情報提供書

年 月 日

富里市長

様

医療機関 名称

所在地

電話番号

医師名

㊞

富里市病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について、次のとおり提供します。

児童氏名		性別	生年月日
		男・女	年 月 日生 (歳 か月)
住所		保護者 氏名	

病名	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> 外傷疾患 () <input type="checkbox"/> その他 ()
隔離	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
安静度	<input type="checkbox"/> 室内保育 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> ベット上
病状の経過 治療状況等	

※裏面もご記入ください。

既往歴 家族歴		薬・その他の アレルギー	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
食事の指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()		
処方内容	<input type="checkbox"/> 薬剤情報参照	別紙説明書のとおり	
	<input type="checkbox"/> その他の処方		
	<input type="checkbox"/> コメント		
医師所見			

備考

- 1 この様式を書いていただく料金は、保険診療（診療情報提供書 I）の扱いとなります。ただし、患者一人につき月 1 回に限ります。
- 2 事業実施者は、受理後原本を市長に提出し、写しを保管すること。
- 3 該当欄 にレを付けてください。