

診療情報提供書

令和 年 月 日

飛驒市長 あて

(注) この様式は保険診療
(診療情報提供料I)の取
扱いとなります。

(医療機関) 住 所
名 称
電話番号
医師名

印

飛驒市病児保育事業の利用に際して、次のとおり診療情報を飛驒市及び病児保育実施施設に提供します。

フリガナ				年 月 日
児童氏名		男・女	生年月日	(歳)
住 所				
保護者氏名				
病 名				
症 状	発熱・咳・発疹・下痢・嘔吐・その他 ()			
診療形態	発症年月日：令和 年 月 日 初診年月日：令和 年 月 日 (外来・往診)			
医師所見				
投薬及び指示事項	・投薬品名 ・次回の診察予定日 月 日 ()			
保育上の留意点	隔離の必要性	あり ・ なし		
	※「なし」の場合 1 室内安静（他児との静かな遊びは可） 2 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）			