

様式第4号（第7条関係）

病児・病後児保育 診療情報提供書

おい町長殿

年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

F A X

医師名

印

病児 急性 回復 期にある児が 病児・病後児保育の利用を申請するにあたり、
次のとおり診療情報を提供いたします。

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生 （満 歳）		
住 所			
保護者氏名		電話番号	

傷 病 名	
病 状 ・ 症 状	
現在の投与処方	与薬方法：食前・食間・食後・指定時間（ 時間毎） 投薬品名： 解熱剤使用：なし ・ あり（ 日 時）
医 師 所 見	診断の結果、現時点での入院の必要性は、認められません。
既 往 歴 及 び 家 族 歴	

* この診療情報提供書については、健康保険の給付対象の診療情報提供料として
ご記入をお願いします。