

狛江市長 宛て

所在地

医療機関名

電話番号

FAX番号

医師名

医師連絡票

病児保育室の利用にあたり診療情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	性別
児童住所	
生年月日	年 月 日 (歳)

傷病名	
病状 症状の経過 処置・治療状況等	
既往歴	
安静度	<input type="checkbox"/> 床上で安静 <input type="checkbox"/> 室内安静（床上生活の主だが、室内で静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と静かな遊び可） <input type="checkbox"/> 隔離を要する
処方	<input type="checkbox"/> 薬剤情報参照
その他注意事項	例：（二類感染症に関しては、）出席停止期間内（ 月 日まで）に関し有効とする。

注 情報提供した場合に診療情報提供料（I）を算定することができる（250点）。

患者1人につき月1回限り算定する。