

## 診療情報提供書

年 月 日

美濃市長 様

(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  
機関名  
電話番号  
医師名

印

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

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名				( 歳 か月)
住 所	美濃市	番地		
保護者氏名				
病 名				
症 状	発熱 (      °C) ・ 咳 ・ 発疹 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ その他 (      )			
診療形態	発症年月日                      年      月      日			
	初診年月日                      年      月      日			
	外来 往診 入院 (      年      月      日 ~      年      月      日)			
医師所見	症状・既往症・治療状況・経過等			
投薬及び指示事項	・ 投薬品名			
	・ 投薬方法： 食前      食間      食後      指定時間 (      時間毎)			
	・ 次の診察予定日      年      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)			

※ 患者一人につき月1回の算定となります。

※ 月2回以上のご利用の際には自己負担分をお支払いいただきます。