

様式第3号（第7条関係）

香南市病後児保育施設の利用に係る診療情報提供書（利用連絡票）

年 月 日

香南市長 様

医療機関 名称
所在地
電話番号
医師名

※太線内は、保護者が記入してください。

児童氏名	(年 月 日生)
住 所	電話番号 ()

この児童は診断の結果、下記の病気の回復期にあり、現時点では、病後児保育の利用が適当と思われるので、下記のとおり必要な情報について提供します。

傷 病 名	(1) (2) (3)
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他主要疾状 ()
安 静 度	<input type="checkbox"/> 室内保育（室内で普通に遊んでよい） <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドの上での生活が主、他児との静かな遊びは可）
病後児保育 利用見込	<input type="checkbox"/> 3日程度 <input type="checkbox"/> 1週間程度 <input type="checkbox"/> その他医師が認める日数 (日程度) ※原則上限7日間（土曜・日曜・祝日を含む。）
処方内容	
その他の 指示事項	

※医療機関の先生へ

この診療情報提供書は、上記児童が香南市総合子育て支援センター内の病後児保育施設を利用するために必要な事項について、情報提供していただくものです。

必要な事項をご記入の上、保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。

なお、この診療情報提供書は、健康保険給付対象の診療情報提供料（I）として算定することができます。（患者1人につき月1回限りの算定となります。）

※問い合わせ先：香南市総合子育て支援センター TEL：0887-50-5257