

様式第3号（第8条関係）

猪名川町病児・病後児保育医師連絡票（診療情報提供書）

猪名川町長 様  
事業実施者 様

児童の氏名		生年月日	年 月 日生まれ 歳 男 ・ 女
年 月 日 診断の結果、現時点での入院及び点滴吸入等の必要性は認められません。			
診断医療機関名 及び (電話番号)	( )	診断医師署名（又は記名押印）	
病名 (確定病名がなければ症状)			
発症日	年 月 日		
処方内容 (処方箋等のコピーでも結構です)			
保育上の留意点			
安静度	特に制限なし・ベッド安静・隔離の必要性（あり、なし）		
食事制限	特に制限なし・その他（ )		
その他留意事項			

医師より上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

保護者氏名 \_\_\_\_\_

（注1）この提供書を記載していただく料金は、保険診療（診療情報提供料I）の扱いとなります。請求は月1回までです。

（注2）対象児童の病状変化の際には貴院に可能な範囲での診察依頼もしくは電話等でご指示をお願いすることにご協力ください。

.....<以下実施施設の記入欄>.....

保育利用の可否	<input type="checkbox"/> 利用可能	<input type="checkbox"/> 利用不可能
---------	-------------------------------	--------------------------------

猪名川町病児保育事業の利用について、上記のとおり証明いたします。

年 月 日

Ⓜ