

## 様式第3号（第7条関係）

年　月　日

## いの町病後児保育施設利用に係る診療情報提供書（利用連絡票）

いの町長様

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	いの町　☎ (　　)

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ますので、下記のとおり必要な情報について提供します。

病　名	(1)　発病（推定年月日）　年　月　日
	(2)　発病（推定年月日）　年　月　日
	(3)　発病（推定年月日）　年　月　日
症　状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ぜん鳴 <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） <input type="checkbox"/> その他（　　）
処方内容その他の指示事項	
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（　　日程度）　※最長7日間

## (備考)

1. 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。）

2. 回復期の範囲
- ・日常罹患する疾患⇒急性期を過ぎてから
  - ・感染性疾患⇒感染期を過ぎてから
  - ・呼吸器系疾患⇒症状が落ち着いてから
  - ・外傷性疾患⇒症状が落ち着いてから