平成　　年　　月　　日

病児・病後児保育連絡票（診療情報提供書）

熊本市長様

医療機関　住　所

名　称

医師名　　印

電話番号（　　ー　　ー　　）

FAX番号（　　ー　　ー　　）

ふりがな 児童氏名		生年月日	平成　年　月　日 （　　歳）
住　所	熊本市		
病　名			
治療経過 内容等 （簡単にお書き下さい）			
服薬の有無	無　・　有 内容 投与方法等		
既住症 （○印を付けて下さい）	1．麻痺　　2．風疹　　3．水疱　　4．突発性発疹 5．流行性耳下腺炎　　6．溶連菌感染症　　7．手足口病 8．伝染性紅斑　　9．百日咳 10．その他（　　）		
安静度 （○印を付けて下さい）	1．室内保育（室内で普通どおり遊んで良い） 2．室内安静（室内での静かな遊びは可） 3．ベット上での安静を要す　　4．隔離室での隔離を要す 5．その他（　　）		
食事（昼食） （指定があれば○印をつけてください）	1．ミルク　　2．牛乳のみ　　3．離乳食（前期・中期・後期） 4．乳児食　　5．下痢食 6．アレルギー食（除去すべきもの　　）		
その他留意 すべき事項			

＊上記は診療情報提供料（Ａ）の「注２」（保険点数２２０点）の様式です。ひまわりカード利用者（３歳まで）は自己負担なし、その他は保険診療の自己負担のみとなります。