第３号様式（第９条第１項第１号）

東金市病後児保育事業診療情報提供書

年　　月　　日

（宛先）

医療機関住所
医療機関名
医　師　名
電 話 番 号

病後児保育事業を利用するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

〔保護者記入〕

児童氏名		性　別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日生　（　　歳）		
住　　所			

〔医療機関記入〕

下記の病名・病状番号に〇をお付けください。		
1　感冒・感冒様症候群	11　膿痂疹	
2　咽頭炎	12　突発性発疹症	＜病名不明のとき＞
3　扁桃腺炎	13　手足口病	21　発熱
4　気管支炎	14　伝染性紅斑	22　下痢
5　喘息・喘息性気管支炎	15　流行性耳下腺炎	23　嘔吐
6　消化不良症	16　麻疹	24　咳
7　感冒性嘔吐症	17　水痘	25　喘鳴
8　自家中毒症	18　百日咳	26　発疹
9　中耳炎・外耳炎	19　風疹	27　その他
10　結膜炎（流行性角結膜炎を含む）	20　その他	〔　　〕

与薬内容	
医師所見	
備　　考	

注　この診療情報提供書については、健康保険の給付対象の診療情報提供料(Ⅰ)としてご記入をお願いします。