

診療情報提供書

年 月 日

（あて先）高山市長

（注） この様式は保険診療
（診療情報提供料Ⅰ）の
取扱いとなります。

（医療機関）住 所
機関名
電話番号
医師名

印

高山市病児保育事業の利用に際して、次のとおり診療情報を高山市及び病児保育実施施設に提供します。

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名				(歳)
住 所	高山市			
保護者氏名				
病 名				
症 状	発熱・咳・発疹・下痢・嘔吐・その他()			
診 療 形 態	発症年月日	年 月 日		
	初診年月日	年 月 日	(外来・往診)	
医 師 所 見				
投 薬 及 び 指 示 事 項	・投薬品名			
	・次回の診察予定日 月 日()			
保 育 上 の 留 意 点	隔離の必要性	あり ・ なし		
	※「なし」の場合 1 室内安静(他児との静かな遊びは可) 2 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			