

**【参考】利用連絡票（診療情報提供書）の記載等箇所について**

黄色部分について、記入、押印及び欄右側の「該当しない」にチェックをお願いします。

様式第3号（第7条関係）（医科診療報酬点数表別紙様式12の2準用）

鹿嶋市病児保育事業利用連絡票（診療情報提供書）

令和 年 月 日

情報提供先 鹿嶋市教育委員会教育長 様  
 （病児保育事業実施施設長 様）

紹介元医療機関の所在地及び名称 鹿嶋市大字平井1187番地1  
 鹿嶋市役所診療所  
 電話番号 0299-82-2911  
 医師名 鹿嶋 次郎

押印

病児保育利用にあたり、次のとおり診療情報を提供いたします。

※不要な情報については、記入欄右側の「該当しない」にチェックをすること（「\*」箇所は必ず記入すること）。

児童氏名	鹿嶋 花子 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> 令和2年 3月18日生	*
住所	鹿嶋市平井1187番地1 電話番号 0299-82-2911 (自宅・実家・その他)	*
病名	インフルエンザA型 (疑いを含む) その他の傷病名	*
病状 既往症 治療状況等	安静を要する	*
隔離の要否	<input checked="" type="radio"/> 必要 ・不要 ・その他 ( )	*
その他注意事項	特になし	*
次回診療予定日	年 月 日	*
情報提供の目的 とその理由	<input checked="" type="radio"/> 診療した児童について入院の必要性はなく、病児保育利用にあたり、診療情報を提供するため ・その他 ( )	*
退院先の住所		<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
入退院日	退院日	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
出生時の状況	出生 在胎 体重 出生 妊婦 妊婦	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
※以下の項目は、該当する場合は記載してください。		
児の状況	日	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
養育者の状況	子	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
養育環境	同胞 養育者との分離歴 * 山荘後の長期入院 * 施設入所等 * その他 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない

事前登録制のため、  
 病児保育の利用にあたっては、  
 原則として記入不要です。

\*備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
 2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。