様式第３号（第８条関係）

診療情報提供書

　大田原市長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 対象者名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年齢 | 歳　　箇月 |
| 住所 | 大田原市 | 電話番号 |  |

（主治医記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 受診年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 病名・症状番号に○ | ０１　感冒・感冒症候群０２　咽頭炎０３　扁桃炎０４　気管支炎０５　喘息・喘息性気管支炎０６　感染性腸炎０７　中耳炎・外耳炎０８　結膜炎（流行性）０９　伝染性膿痂疹（とびひ：※重症例の場合） | １０　突発性発疹症１１　手足口病１２　流行性耳下腺炎１３　インフルエンザ１４　ＲＳウイルス感染症１５　風疹１６　水痘１７　百日咳１８　その他（　　　　　　　　　 | （病名不明のとき）１９　発熱２０　下痢２１　嘔吐２２　咳２３　喘鳴２４　発疹２５　その他 |
| 　　　　　　　　） |
| 利用区分番号に○ | 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。１　病児保育　　２　病後児保育 |
| 症状経過等 |  |
| 治療経過 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備　　　考 |  |

　　　　　年　　月　　日

医療機関名

所 在 地

電話番号

医 師 名　　　　　　　　　　　　㊞

※大田原市に住所を有する方への診療情報提供書は保険診療扱いとなります。(月1回限り。)