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。)