たつの市長　様

病後児保育連絡票

<table>
<tr><td colspan="2">利用児童名
年　　月　　日生(　　歳)　男 ・ 女</td></tr>
<tr><td colspan="2">病名及び症状

※病中の場合、病後児保育は利用できません。</td></tr>
<tr><td colspan="2">年　　月　　日　診察の結果、上記児童は病後児保育実施施設において、保育及び看護することが現時点では可能であると考えられますので、下記の通り連絡いたします。

(医療機関)
所在地

名称　　電話番号

診断医師名</td></tr>
<tr><td>安静</td><td>・普通に遊んでも可
・主にベッド上安静とするが静かな遊びは可
・その他(　　)</td></tr>
<tr><td>食べ物</td><td>・特に制限なし　　・制限あり(　　)</td></tr>
<tr><td>薬</td><td>・なし　　・あり</td></tr>
<tr><td>アレルギー</td><td>・なし　　・あり</td></tr>
<tr><td>その他留意事項</td><td></td></tr>
</table>

※たつの市宛に情報提供した場合に診療情報提供料（Ⅰ）を算定することができる（250 点）

※患者１人につき月１回に限り算定する。