

様式第3号（第8条関係）

診療情報提供書

大田原市長 様

ふりがな		性別	男・女
対象者名		年齢	歳 箇月
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所			

（主治医記入欄）

病名・症状 番号に○	1 感冒・感冒症候群	10 突発性発疹症	(病名不明のとき)
	2 咽頭炎	11 手足口病	19 発熱
	3 扁桃炎	12 流行性耳下腺炎	20 下痢
	4 気管支炎	13 インフルエンザ	21 嘔吐
	5 喘息・喘息性気管支炎	14 RSウイルス感染症	22 咳
	6 感染性腸炎	15 風疹	23 喘鳴
	7 中耳炎・外耳炎	16 水痘	24 発疹
	8 結膜炎(流行性)	17 百日咳	25 その他()
	9 伝染性膿痂疹 (とびひ:※重症例の場合)	18 その他()	
	受診年月日	年 月 日	
区分	1 病児保育 2 病後児保育		
特に注意すべき事項や指示がありましたら、記入してください。			

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

㊞

注1 大田原市の住民基本台帳に登録された乳幼児・児童について、大田原市に情報提供をした場合、診療情報提供料（I）を算定することができる。患者1人につき月1回限り算定する。