

## 診療情報提供書(利用連絡書)

みどり市長 須藤 昭男 様  
嘱託医 様  
医療機関控

|                                                                                                                                 |                                                              |     |      |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----|------|------------------|
| ふりがな<br>児童氏名                                                                                                                    |                                                              | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日<br>( 歳 箇月) |
| 住所<br>電話番号                                                                                                                      | ( ) —                                                        |     |      |                  |
| 保護者氏名                                                                                                                           |                                                              |     |      |                  |
| 診断名(病名)                                                                                                                         |                                                              |     |      |                  |
| 病状・症状                                                                                                                           |                                                              |     |      |                  |
| 診断形態                                                                                                                            | 1 通院 2 入院期間( 年 月 日～ 年 月 日)<br>3 発症年月日 年 月 日<br>4 初診年月日 年 月 日 |     |      |                  |
| 症状・既往症・治療状況・退院の年月日等<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>現在の投薬状況<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>保育上の留意事項(安静・食事・特異体質等) |                                                              |     |      |                  |

医療機関名  
医師名