

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		年齢	歳 箇月
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所	大田原市		

（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	10 突発性発疹症	(病名不明のとき)
	02 咽頭炎	11 手足口病	19 発熱
	03 扁桃炎	12 流行性耳下腺炎	20 下痢
	04 気管支炎	13 インフルエンザ	21 嘔吐
	05 喘息・喘息性気管支炎	14 RSウイルス感染症	22 咳
	06 感染性腸炎	15 風疹	23 喘鳴
	07 中耳炎・外耳炎	16 水痘	24 発疹
	08 結膜炎（流行性）	17 百日咳	25 その他
	09 伝染性膿痂疹 (とびひ：※重症例の場合)	18 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

印

※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。）