

第2号様式

診療情報提供書

(提出先) 川崎市長

氏名			生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男	女
診断名	主診断名 合併症		既往歴 (入院・手術・骨折等主なもの)								
経過											
処方内容	※別紙 (処方箋写し) 添付可										
発作	発作時の状況 発作時の対処										
アレルギー (薬・食事)											
気管切開	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	気切部の状態やカニューレ抜去時の対応等									
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	使用状況	24時間 夜間のみ								
酸素											
吸引											
吸入											
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻	チューブ タイプ サイズ・そ の他									
その他の処置	(例) 中心静脈栄養、腹膜透析等										
急変時の対応等											
対象要件	以下に該当する状態であると認める。(いずれか該当する□に必ずチェック) <input type="checkbox"/> 高度な医療的ケア (人工呼吸器による常時管理や頻回な吸引、中心静脈栄養、腹膜透析) が必要である <input type="checkbox"/> 上記以外の児童 (18歳未満の者及び18歳以上の者であって高等学校に在籍している者) であり、医療機関での一時的な療養が必要である										
(記入日) 年 月 日											
医療機関住所: _____ 電話: _____											
施設名: _____ 医師氏名: _____											
(自署の場合は押印不要)											