

写

事 務 連 絡
平成16年5月31日

地方社会保険事務局
都道府県民生主管部（局）
各 国民健康保険主管課（部） 御中
都道府県老人医療主管部（局）
老人医療主管課（部）

厚生労働省保険局医療課

「平成16年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について」（平成16年5月28日
保医発第0528003号）の追加送付について

標記通知に送付漏れがあったため、追加送付いたします。
お手数をおかけしますが、下記に記載する頁の次に追加していただくようお願いいたし
ます。

記

（別紙1）中の別添2「歯科診療報酬点数表及び老人歯科診療報酬
点数表に関する事項」

(別紙様式10)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名 印

患者の氏名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 ()歳 職業()	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
児の氏名	男・女 平成 年 月 日生まれ	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日：平成 年 月 日 退院(予定)日：平成 年 月 日	
今回の 出産時の 状況	出産場所：当院・他院 () 在胎：()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重：()g 身長：()cm 出産時の特記事項：無・有() 妊娠中の異常の有無：無・有() 妊婦健診の受診有無：無・有(回：)	家族構成 育児への支援者：無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()
	他の児の状況	・疾患()・障害()
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()
情報提供の 目的とその 理由		

- *備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること
 2. 本様式は、患者が母親現に子どもの養育に関わっている者である場合について用いること
 3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること