

医師連絡票

(病児保育事業診療情報提供書)

年 月 日

美濃加茂市長 宛
病児保育事業実施施設長 様

医療機関名

住 所

電話番号

登録者が病児保育事業の利用を申請するに当たり、次のとおり診療情報を提供します。

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年月日	
			園・学校名	
住 所				
登録者(保護者) 氏名	電話番号			
傷 病 名				
診 療 形 態	発症年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日 外来 往診 入院 (年 月 日～ 年 月 日)			
医 師 所 見	症状・既往症・治療状況・経過等			
現在の投薬処方	投薬方法 : 食前・食間・食後・指定時間 (時間毎) 投薬品名 :			
保育上の留意点	1 室内安静(ベット上での生活が主) 2 室内保育			

年 月 日

医師名

印