

様式第4号(第9条関係)

## 医師連絡票

(東白川村病児・病後児保育事業にかかる診療情報提供書)

平成 年 月 日

東白川村長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

乳幼児又は児童が、東白川村病児・病後児保育事業の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

ふりがな	_____	男・女	生年月日	_____	
園児・児童氏名	_____		園・学校名	_____	
住 所	_____				
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				

(※) 現在の投薬処方については、お薬手帳の写しの添付でも構いません。

平成 年 月 日

医師名 \_\_\_\_\_ ㊞