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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな園児･児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日 |  |
|  |
| 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