

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 _____ ㊟