

様式第3号（第9条関係）

医師連絡票
（診療情報提供書）

瑞穂市長（実施者） 宛

年 月 日

（医療機関）住所 _____
名称 _____
医師名 _____
電話番号 _____

下記児童が、病児保育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	年 月 日 (歳 ヶ月)
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			
	現時点での入院の必要性は認められません。			
現在の投薬方法	与薬方法：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（ベット上での保育が主） 2. 室内保育			