

医師連絡票
(病児・病後児保育室診療情報提供書)

平成 年 月 日

(申請先) 海津市長 あて
海津市病児・病後児保育実施者 あて

医療機関名

住 所

電話番号

乳幼児又は児童が、病児保育室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	生年月日	年 月 日
園児・児童氏名		女	園・学校名	(歳 か月)
住 所				
保 護 者 氏 名	電話番号			
傷 病 名				
診 療 形 態	発症年月日	平成	年	月 日
	初診年月日	平成	年	月 日
	外来 往診 入院	(平成	年 月 日	～平成 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	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 (ベッド上での生活が主) 2 室内保育			

平成 年 月 日

診断の結果、現時点での入院の必要は認められず
通常の外來通院で治療可能な病気・状態です。

医師名

印

※病児・病後児保育室を利用時に、当該児童の症状に関して、貴院にご質問・ご連絡等させていただく場合があります。

海津市病児・病後児保育実施者 こまの認定こども園 TEL0584-55-0416

医師連絡票
(病児・病後児保育室診療情報提供書)

平成 年 月 日

(申請先) 海津市長 松永 清彦 あて
海津市病児・病後児保育実施者 あて

医療機関名

住 所

電話番号

乳幼児又は児童が、病児保育室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	生年月日	年 月 日
園児・児童氏名		女	園・学校名	(歳 か月)
住 所				
保 護 者 氏 名	電話番号			
傷 病 名				
診 療 形 態	発症年月日	平成	年	月 日
	初診年月日	平成	年	月 日
	外来 往診 入院	(平成	年 月 日	～平成 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	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 (ベッド上での生活が主) 2 室内保育			

平成 年 月 日

診断の結果、現時点での入院の必要は認められず
通常の外來通院で治療可能な病気・状態です。

医師名

印

※病児・病後児保育室を利用時に、当該児童の症状に関して、貴院にご質問・ご連絡等させていただく場合があります。

海津市病児・病後児保育実施者 こまの認定こども園 TEL0584-55-0416