

病児保育事業医師連絡票

三鷹市長 殿

医療機関 住所
名称
医師名
電話番号

印

病児保育の利用にあたり必要な情報について下記の通り提供します。

児童氏名	フリガナ	性別 男 女	生年月日 平成 年 月 日 令和 (歳)
住所	三鷹市 電話番号:		
病名	1 咽頭炎・上気道炎	7	主な症状 1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳 5 喘鳴 6 発疹 7 その他
	2 扁桃炎	8	
	3 気管支炎	9	
	4	10	
	5	11	
	6	12	
病状・症状の経過等			
既往症 家族歴			
処方内容	<input type="checkbox"/> 薬の説明書参照 ※特記すべき事項		
その他 注意事項	<input type="checkbox"/> 安静度や食事に関する特別な指示など		

※主治医の先生へ

この連絡票は、上記児童が三鷹市病児保育施設を利用するために必要な事項を情報提供いただくものです。
必要事項をご記入の上、保護者にお渡しくださるようお願いいたします。
なお、書類作成にかかる費用は、保険診療〔診療情報提供料(Ⅰ)〕でお取り扱い願います。