様式第3号（第5条関係）

診療情報連絡票（病児保育用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童名　　　 | 性別男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日　生 |
| 　　　年　　　月　　　日診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。 |
| 医　療　機　関　名　　　住　　　　　所電　話　番　号　　医　　師　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

※下欄もご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 診　　　　　断　　　　名 |  |
| 診　　療　　開　　始　　日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 指　　　示　　　内　　　容 |  |
| 使　　用　　薬　　品　　名 |  |
| 保　　育　　の　　目　　安 | 月　　　日　～　　　　月　　　日 |
| 次　回　診　療　予　定　日 | 　　　　年　　　月　　　日　　 |

医師より上記の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

保　護　者　名

保護者の方へ

・診療情報連絡票は、医師に記入していただいた後、保護者名を記入していただき、利用申込書に添付してください。