診療情報提供書 兼 医師連絡票

年 月 日

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

(保護者記入欄)

乳幼児氏名	男・女 平成・令和 年 月 日生(歳)	
保護者情報	住所	
	氏名	連絡先 (Tel)

(医療機関記入欄)

病名等		
病名不明の時	発熱 下痢 嘔吐 咳嗽 喘鳴 発疹 その他 ()	
安静度	特に制限なし ベット安静 その他 ()	
保育室の利用	可能 不可	
薬剤の処方	特になし 処方のとおり その他 ()	
食事	アレルギー	有 () 無
その他留意事項		
診断医療機関名 及び電話番号	備前市国民健康保険市立吉永病院 Tel.0869-84-2120	診断医師署名 印