

様式第3号(第7条関係)

診療情報提供書(利用連絡書)

年 月 日

みどり市長 須藤 昭男 様  
 嘱託医 様  
 医療機関控

病後児保育の利用について、次のとおり連絡いたします。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 箇月)
住所 電話番号	( - )			
保護者氏名				
診断名(病名)				
病状・症状				
診断形態	1 通院	年 月 日～	年 月 日	
	2 入院期間(	年 月 日	年 月 日	
	3 発症年月日	年 月 日	年 月 日	
	4 初診年月日	年 月 日	年 月 日	
症状・既往症・治療状況・退院の年月日等  現在の投薬状況  保育上の留意事項(安静・食事・特異体質等)				

本児童は、病後児保育を利用することに差し支えありません。

医療機関名

医師名

印