

(様式第3号) (第11条関係)

年 月 日

津和野町長 様

医療機関 所在地
名称
医師氏名 ⑩
電話番号

病後児保育症状連絡票

津和野町病後児保育事業の利用に当たり必要な情報について、下記のとおり提供します。

保 護 者 記 入 欄	乳幼児	(ふりがな) 氏 名	
		生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
	保護者	住 所	
		氏 名	
		電 話	自宅： 携帯：

主 治 医 記 入 欄	病 名		
	利用の可否	<input type="checkbox"/> 病後児保育の利用可(回復期) <input type="checkbox"/> 否(利用不可)	
	指 示 事 項	保育上の注意	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい)
		飲食上の注意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
		投薬上の注意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
		アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
		その他の 注 意 事 項	
		利用を必要 とする期間	年 月 日から 年 月 日

※□の該当箇所にチェックを記入してください。

※この文書は、保険診療(診療情報提供I)の扱いとなります。