（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　 　　　　　　㊞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 | | □病後児保育の利用可（回復期）　　　□否（利用不可） | | |
| 指示事項 | | 保育上の注意 | | □ベッド上安静  □室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）  □室内保育（室内で普通に遊んでよい） |
| 飲食上の注意 | | □なし　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 投薬上の注意 | | □なし　　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | | □なし　　　□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。