

様式第2号(第9条関係)

御殿場市病児・病後児保育事業利用医師連絡票

年 月 日

御殿場市長 様

医療機関 所在地

名称

電話番号

担当医師名

印

病児・病後児保育事業の利用について、御殿場市病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により次のとおり連絡します。

児 童 氏 名	男・女(年 月 日生)
病 名	
症 状	1 発熱 2 嘔吐 3 下痢 4 喘鳴 5 咳 6 発疹 7 痛み 8 その他主要症状()
病 状	1 回復期に至らない 2 回復期 次回診察予定：なし・あり(年 月 日)
保育上の留意点	1 特に制限なし 2 ベッド上での安静を要する その他()
食事に関する留意点	1 特に制限なし 2 その他()
投薬(薬剤)に関する留意点	1 特になし 2 処方のおりとする その他()
病児・病後児保育事業の利用見込み	1 3日程度 2 1週間程度 3 その他(日程度)
その他留意事項	