

病児及び病後児保育事業医師連絡票

武蔵野市長 殿

医療機関

住所

名称

医師名

印

電話番号

病後児保育の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	フリガナ	男 女	生年 月日	年 月 日 (歳)
住 所	武蔵野市 電話番号			
病 名	1 咽頭炎・上気道炎	11	主な症状	
	2 扁桃炎	12		
	3 気管支炎	13		
	4	14		
	5	15		
	6	16		
	7	17		
	8	18		
	9	19		
	10	20		
病状・症状の経過等				
安静度	1 室内保育 (他児と室内で遊んでも良い状態) 2 室内安静 (ベッド上の生活が主、静かな遊びはしても良い) 3 その他			
食事等に関する指示	1 なし 2 あり ()			
処方内容	<input type="checkbox"/> 薬の説明書参照 ※ 特記事項			
その他注意事項				

※ 主治医の先生へ
この用紙は、上記児童が病児及び病後児保育施設を利用するために必要な事項を情報提供いただくものです。保護者にお渡しくださるようお願いいたします。
なお、書類作成に係る費用は、保険診療(診療情報提供料 I)でお取扱い願います。(患者1人につき月1回限り算定可)

問い合わせ 武蔵野市子ども家庭部子ども育成課 電話 0422-60-1854
病後児保育室 ラポール 電話 0422-56-0910
病児・病後児保育室 プチあんず 電話 0422-50-9774