

医療機関記入

横浜市病児・病後児保育事業利用連絡書

横浜市長

医療機関 所在地

名 称

電 話

F A X

担当医師 氏 名

(注) この様式を書いていた
く料金は、保険診療(診
療情報提供料I)の扱い
となります。

横浜市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

【保護者記入欄】

Table with 5 columns: 児童氏名, 性別, 生年月日, 年 月 日生 (歳 か月), 児童住所, 電話番号 (), 保護者氏名

【医療機関記入欄】

Main form table with 4 columns: 発症日 (年 月 日 時頃), 病名 (番号に○), 経過・症状, 投薬状況, 検査状況, 特記すべき既往歴, 利用施設, その他の注意事項, 保育上の留意点