

第4号様式

※下の太枠内は保護者が記入すること。

患者氏名	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日生(歳)
患者住所			
電話番号		保護者氏名	

船橋市の病児・病後児保育を利用するためにはこの医師連絡票が必要ですが、この医師連絡票をとったことで必ず希望する日にお子様を預けられるというものではありません。
 予約がとれるかどうかにつきましては、事前に施設にご確認ください。

医療機関記入

医師連絡票

船橋市長 あて

医療機関	所在地
	名称
	電話
	F A X
担当医師	氏名 印

船橋市病児・病後児保育の利用について、次の通り連絡します。

病名			
症状			
集団生活をするにあたっての注意点等			
治療経過及び現在の投薬処方			
病状(番号に○)	1 回復期前	2 回復期	入院していた場合 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
平成 年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。			
安静度(番号に○)	1 ベッド上で安静	2 観察室又は安静室で隔離	
	3 室内で安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可)	4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
食事(昼食)(該当に○)	ミルク 牛乳のみ 離乳食(前期・中期・後期)	幼児食 普通食 下痢食	アレルギー食(除去内容)・その他()

* この文書は保険診療(診療情報提供料 I)の扱いとなります。
 ただし、患者1人につき月1回の適用となります。