医療機関→市

依頼事項に対する返信票（様式６）

取扱注意

年　　月　　日

船橋市（　　）センター
担当名　　あて

（医院・クリニック・病院）
主治医　　医師

※この情報提供は、本人等の同意がない場合であっても、児童福祉法第２１条の１０の５第１項に基づく情報提供であるため、個人情報保護法第１８条及び第２７条の「法令に基づく場合」に該当し、刑法の秘密漏示罪や守秘義務に関する法律の規定に抵触するものではありません。

児	氏名（ふりがな）	生年月日	年齢
	男・女 第（　）子	平成 令和　　年　　月　　日	歳
妊産婦・母	氏名（ふりがな）	生年月日	年齢
		昭和 平成　　年　　月　　日	歳

□　**受診時に当院から連絡する**
（※連絡は、原則平日８時４５分～１７時１５分までの時間にお願いします）
□　**受診の同行を許可する・依頼する**　　次回受診予定　　年　　月　　日
□　**現在、入院中**（　　月　　日入院 ～　　月　　日退院予定）（　面接：可・不可　）
※面接については「□ 入院中の面接を許可する」欄にもご記入をお願いします

□　**診断名等については以下のとおり。**
＜診断名＞

＜治療内容等＞
・治療方針

・通院頻度　　（　　）回 ／ （ 月 ・ 週 ）
上記以外（　　）
・内服薬

・本人又は保護者への指示内容

・その他連絡事項

□　**入院中の面接を許可する。**（※出産後に許可する場合は、担当へ出産した旨の連絡をお願いします。）
（面接が許可できる（又はできない）時間帯などの要件があれば記載をお願いします）
（面接不可の場合、その理由の記載をお願いします）

備考欄