

診療情報提供書 及び 病児保育申込書

令和 年 月 日

(あて先) なごみん園長殿

医療機関 所在地
名称
担当医師 氏名
電話

*太枠をご記入ください

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日	才	ヶ月
病名			
診察結果	入院の必要はなく、病児保育室(なごみん尾西園)の利用は可能である。		
保育上の留意点 ※1・2のいずれかに○をつけてください。	1 室内保育 (他児との静かな遊びは可) 2 隔離保育 (隔離室内で静かな遊びは可) その他連絡事項 []		
食事	普通 ・ 制限食 ()		
処方薬	<input type="checkbox"/> あり (処方箋に沿って内服のこと)	<input type="checkbox"/> 特になし	
その他留意事項			

医師より上記の説明を受けたうえで病児保育を申し込みます。

*保護者名



*太枠をご記入ください

*連絡事項			
保護者の勤務場所(所在地)			
緊急連絡先(氏名・電話番号)	(第一)	電話番号 ()	関係 ()
	(第二)	電話番号 ()	関係 ()
			関係 ()

注) 文書料 を医療機関にお支払いください。