

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

FAX

担当医師 氏名

(注) この様式を書いていただく料金は、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 sections: 発症日 (年 月 日 時頃), 病名 (番号に○), 経過・症状 (1 発熱, 2 下痢, 3 嘔吐, 4 咳嗽, 5 喘鳴, 6 発疹), 投薬状況, 検査状況 (検査の日時, インフルエンザウイルス, 新型コロナウイルス, etc.), 特記すべき既往歴 (熱性けいれん, ぜんそく, 食物アレルギー), 利用施設 (病児保育室のみ, etc.), その他の注意事項 (かおなこどもクリニック追記), 保育上の留意点 (1 ベッド上安静, 2 室内安静, 3 室内保育)