

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

印

(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)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: 患者氏名, 性別, 生年月日, 平成 年 月 日生(歳 か月), 患者住所, 電話番号, 保護者氏名

【医療機関記入欄】

Main form table with 5 rows: 病名・症状 (番号に), 投薬状況 及び 経過など, 特記すべき 既往歴 (いずれかに), 利用施設 (いずれかに), その他の 注意事項, 保育上の 留意点 (指示があれば 番号に)