別記様式第３号(第９条関係)

医療機関記入

医　師　連　絡　票

年　　月　　日

(提供先)芳賀町長　様

医療機関　所在地

名　称

電　話

担当医師　氏　名　　印

芳賀町病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

なお、記入した個人情報を芳賀町及び実施施設で共有することを承諾します。

氏　　名		性別	男・女	生年月日	年　　月　　日 (満　　歳　　か月)
病　　名					
現疾患の発症日	年　　月　　日				
症　　状					
治療の経過および現在の投薬					
保育上の留意事項					
食　　事	食事制限　有(　　) 無				
備　　考					

＊処方内容については薬剤情報にて代用します。