

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 及 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。