様式第２号(第６条関係)

診　療　情　報　提　供　書

みなかみ町長　　様

病後児保育事業の利用について、下記のとおり連絡します。

年　　月　　日

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年　　月　　日 (　　歳　　月)
住　　所 電　　話	(　　)	保護者氏名		
診断名				
診療形態	初診年月日　　年　　月　　日			
	・通　院　・入院期間(　　年　　月　　日～　　年　　月　　日)			
	発症年月日　　年　　月　　日			
臨床・治療状況等 現在の投薬状況 保育上の留意事項(安静・食事・特異体質等)				

本児童は、病後児保育事業を利用することに差し支えありません。

医療機関名

医　師　名　　印