

(第4号様式)

医療機関記入

平成 年 月 日記入

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

印

(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 4 columns: 患者氏名, 性別, 生年月日, 平成 年 月 日生 ( 歳 か月). Includes rows for 患者住所 (横浜市 区) and 電話番号 ( ) 保護者氏名.

【医療機関記入欄】

Main form table with sections: 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 (いづれかに○), 利用施設 (いづれかに○), その他の注意事項, 保育上の留意点 (指示があれば番号に○). Includes lists of symptoms and facility options.