

年 月 日

(施 設 名)
(代表者名) 様 (保護者名)

主治医受診結果連絡票

京都市医療的ケアを必要とする児童に係る保育利用要綱第 1 3 条第 5 号の規定により、 受診結果連絡票を提出します。			
児 童 名		生年月日	年 月 日生
受 診 日	年 月 日		
医療機関名		医師名	
主 治 医 か ら の 指示事項	(保育施設での留意事項、行事への参加等について記入ください。)		
検査を受けた場合は、結果等について項目に☑のうえ、記入ください。			
☐ 血 液 検 査			
☐ 脳 波 検 査			
☐ レントゲン検査			
☐ その他の検査			
与薬の状況について項目に☑のうえ、記入ください。			
☐ 変 更 な し			
☐ 変 更 あ り	(変更内容)		
次回受診予定日	年 月 日		