第１０号様式（第１３条第５号関係）

年　　月　　日

（施設名）

（代表者名）　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

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１３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 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 　　　　　年月　　日生 |
| 受診日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
| 医療機関・病院名 |  | 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 |