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 | | | | | |