

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。						
<input type="checkbox"/> 血液検査						
<input type="checkbox"/> 脳波検査						
<input type="checkbox"/> レントゲン検査						
<input type="checkbox"/> 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。						
<input type="checkbox"/> 変更なし						
<input type="checkbox"/> 変更あり	(変更内容)					
次回受診予定日	年 月 日					