

医療機関の受診	<input type="checkbox"/> 1)あり <input type="checkbox"/> 2)なし		
医療機関	<input type="checkbox"/> 保護者指定 <input type="checkbox"/> 施設指定	医師名	
診療科	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他()		
引率者	・施設職員() ・ <input type="checkbox"/> 保護者も同伴 ・その他()		
受診状況	<input type="checkbox"/> 1)即日治療完了(初診のみ) <input type="checkbox"/> 2)通院(約 日間見込み) <input type="checkbox"/> 3)入院(約 日間見込み)		
治療期間	※即日治療完了も、治癒までの見込みをわかる範囲で記入してください。 (約 日間見込み)		
受診内容	<input type="checkbox"/> 1)診察 <input type="checkbox"/> 2)検査(レントゲン・血液・CT・その他)		
処置内容	<input type="checkbox"/> 1)処置なし <input type="checkbox"/> 2)消毒 <input type="checkbox"/> 3)縫合 <input type="checkbox"/> 4)テーピング <input type="checkbox"/> 5)包帯固定 <input type="checkbox"/> 6)ギプス固定 <input type="checkbox"/> 7)シーネ固定 <input type="checkbox"/> 8)湿布 <input type="checkbox"/> 9)点眼 <input type="checkbox"/> 10)歯の固定 <input type="checkbox"/> 12)その他()		
処方薬	<input type="checkbox"/> 1)なし <input type="checkbox"/> 2)内服薬 <input type="checkbox"/> 3)外用薬 <input type="checkbox"/> 4)その他()		
医師の指示			今後の登園 <input type="checkbox"/> 1)可 <input type="checkbox"/> 2)不可
受診後の保護者への連絡	日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
	連絡者		受信者
	保護者の反応		
保育認定・調整課への連絡	日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分
	連絡者		受付者

施設決裁: 令和 年 月 日

施設長						

保育認定・調整課長あて

上記のとおり、報告します。

令和 年 月 日

施設名:

施設長名:

保育認定・調整課 使用欄	
-----------------	--

決裁・供覧 【 年保存】 【情報開示: 開示 ・ 非開示】

保育認定・調整課 決裁: 年 月 日

保育認定・調整課					保育課			
課長	認可外保育施設担当			事業者指導担当		副参事	保育育成支援担当	
	担当係長	担当係長	担当	担当係長	担当係長		係長	係長