様式第２号（第７条関係）

下野市病児保育事業（病後児対応型）連絡票

（保護者記入欄）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 性別 | 男・女 | | 生年月日 | | 年　月　日  （　歳　　ケ月） |
| 住所 |  | | | | 電話番号 | |  | |
| 病児保育利用希望期間 | | 年　　月　　日から　　年　　　月　　日まで | | | | | | |

（主治医記入欄）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当する病名・症状の番号に○をお願いします。 | 01感冒・感冒性症候群　　11突発性発疹症  02咽頭炎　　　　　　　　12手足口病  03扁桃腺炎　　　　　　　13りんご病（伝染性紅斑）  04気管支炎　　　　　　　14流行性耳下腺炎  05喘息・喘息性気管支炎　15麻疹  06消化不良症　　　　　　16水痘  07感冒性嘔吐症　　　　　17百日咳  08自家中毒症　　　　　　18風疹  09中耳炎・外耳炎　　　　19インフルエンザ | | | （病名不明の時）  21発熱  22下痢  23嘔吐  24咳痰  25喘鳴  26発疹 |
| 10結膜炎（流角結を含む）20その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| 特に注意すべき事柄や指示がありましたら、記入をお願いいたします。  （食事・特異体質・薬の使用等） | | | | |
| 安静度（○印） | | ①ベット上で安静 ②室内安静 ③室内保育 ④隔離を要する | | |
| 食事に関する指示 | | | ①絶食　②特に制限なし　③その他（　　　　　　　） | |
| 治療（処方内容） | | |  | |
| その他の留意事項 | | |  | |
| 年　　月　　日診断の結果、現時点での入院の必要性は認められませんので、病児保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。  　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |