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 |