

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）

|                          |   |               |      |                  |
|--------------------------|---|---------------|------|------------------|
| ふり<br>児童<br><br>がな<br>氏名 |   | 性別<br><br>男・女 | 生年月日 | 年 月 日<br>( 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      | (病名不明の時)<br>21 発熱<br>22 下痢<br>23 嘔吐<br>24 咳痰<br>25 喘鳴<br>26 発疹 |
|                        | 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     |  |
|                        | 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