

### 三沢市病児病後児保育利用連絡票

児童の氏名	平成 年 月 日生 ( 歳) 男 ・ 女	
病名・症状 (番号に○を付けてください)	1 感冒・感冒様症候群 2 インフルエンザ 3 気管支炎 4 喘息・喘息性気管支炎 5 麻疹 6 風疹 7 水痘 8 感染性胃腸炎 9 細菌性胃腸炎 10 流行性耳下腺炎	11 中耳炎・外耳炎 12 咽頭結膜熱 13 流行性角結膜炎 14 突発性発疹 15 とびひ 16 手足口病 17 伝染性紅斑 (リンゴ病) 18 その他 [ ]
安静の程度 (番号に○を付けてください)	1 特に制限は必要ない 2 室内で安静にする (室内での静かな遊びは可) 3 ベット上で安静にする 4 隔離が必要である 5 その他 ( )	
<b>令和 年 月 日の診断の結果、現時点での入院の必要性は認められず、 病児病後児保育が可能です。</b>		
医療機関名 住 所 電 話 番 号	診断医師署名	印

※太枠は医師が記載し、その他は保護者が記載してください。

薬の処方及び 注 意 事 項		
食 べ 物 (番号に○を付けてください)	1 普通の食事 2 下痢や嘔吐に配慮した食事 3 アレルゲンを除去した食事 アレルギーの原因となる食品 ( )	4 離乳食 (前期・中期・後期) 5 ミルク・牛乳のみ 6 その他 [ ]

医師より上記の説明を受けた上で、病児病後児保育を申し込みます。

保護者氏名

印