

下野市病児保育事業連絡票

(保護者記入欄)

| | | | | | |
|--------------|---------|----|-----|---------|------------------|
| ふりがな 児童氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳 ヶ月) |
| 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) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳痰 24 喘鳴 25 発疹 |
| | 02 咽頭炎 | 12 手足口病 | |
| | 03 扁桃腺炎 | 13 りんご病(伝染性紅班) | |
| | 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

※利用申請書とあわせて、新小山市民病院病児保育室ひまわりに提出してください。