

医療機関記入

蕪崎市病児・病後児保育所利用連絡票

記入日 年 月 日

(宛先)蕪崎市長

所在地
医療機関名称
電話
担当医師氏名 (※)

(※) 本人が手書しない場合は、記名押印してください。

診断の結果、現時点での蕪崎市病児・病後児保育所の利用が可能です。

よって、症状について、次のとおり連絡いたします。

児 童 氏 名	(男・女)	年 月 日生 () 歳
児 童 住 所		
病 名 ・ 症 状	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息性気管支炎 4 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎 6 周期性嘔吐症(自家中毒症) 7 突発性発疹症 8 手足口病 9 流行性耳下腺炎	10 風疹 11 インフルエンザ 12 溶連菌感染症 13 中耳炎 14 百日咳 15 伝染性膿痂疹 16 その他 (病名：) (症状：)
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院(年 月 日 ~ 年 月 日)	
既 往 歴、治 療 及 び 症 状 経 過		
現 在 の 投 薬 処 方		
昼 食	1 普通食 2 軟食 3 粥(全・5分・3分) 4 離乳食(前期・中期・後期) 5 アレルギー食(除去内容：)	
保 育 上 の 留 意 点	1 完全な隔離 2 隔離 (同病の他児との同室は可) 3 室内保育 (他児との同室は可)	
	特に留意する点	

※連絡票の有効期限は、記入日から4日間以内のものとする。

期限を過ぎた場合は、再度受診するようお願いいたします。