

三沢市病児病後児保育利用連絡票

児童の氏名	平成・令和 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 ()		
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。			
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