

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) 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳痰 25 喘鳴 26 発疹
	02 咽頭炎	12 手足口病	
	03 扁桃腺炎 斑)	13 りんご病（伝染性紅	
	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