

様式第4号（第7条関係）

病後児保育利用連絡票（医療情報提供書）

光市長 様

病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

(保護者記入欄)

ふりがな 利用児童氏名	性別	生年月日	年 齢
			歳 ヶ月
住 所	光市		
保護者氏名			電話

(医療機関記入欄)

病 名	1. 急性上気道炎 2. 気管支炎・肺炎 3. 喘息・喘息様気管支炎 4. 嘔吐下痢症 5. 感染性胃腸炎 6. 周期性嘔吐症 (自家中毒) 7. 突発性発疹 8. 麻疹 9. 水痘		10. 風疹 11. インフルエンザ 12. 溶連菌感染症 13. 中耳炎・外耳炎 14. 流行性耳下腺炎 15. 百日咳 16. 咽頭結膜炎(プール熱) 17. 新型コロナウイルス感染症 18. その他 ()	
発病年月日	年 月 日頃			
投薬の指示	薬の種類	1. 散薬 2. 水薬 3. 軟膏 4. 点眼薬 5. その他 ()		
	投薬方法	1. 食前 2. 食後 3. 食間 4. その他 () 5. 薬袋又は、指示ラベルのとおり。		
※保育所への指示(特に必要がある場合に御記入下さい。)				

上記症状であり、保育当日に解熱されている場合は、本児童が病後児保育施設を利用することに差し支えありません。

年 月 日

医療機関名

醫師名