

病児保育が可能である場合に記入してください

様式第4号（第9条関係）

【医療機関記入】

連 絡 票

年 月 日 記入

身延町長 様

所在地

医 療 機 関 名 称

電 話

担 当 医 師 氏 名

⑩

病児・病後児保育事業の利用が可能であることを認め、次のとおり連絡いたします。

患者氏名	男・女	年 月 日生 () 歳
患者住所		
病名・症状	1 急性上気道炎	10 麻疹
	2 気管支炎・肺炎	11 風疹
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 水ぼうそう
	4 嘔吐下痢症	13 インフルエンザ
	5 感染性胃腸炎	14 溶連菌感染症
	6 周期性嘔吐症（自家中毒症）	15 中耳炎
	7 突発性発疹症	16 百日咳
	8 手足口病	17 伝染性膿痂疹
	9 流行性耳下腺炎	18 その他（病名)
	（病名不明のとき）	
	19 発熱	20 下痢
	21 嘔吐	22 咳嗽
	23 喘鳴	24 発疹
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		
保育上の 留意点	1 ベッド上安静 2 室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可） 3 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	

※病後児と診断した場合は、記入不要です。