連　絡　票

＊太枠以外は保護者が記載してください

児童氏名		性　　別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日生（　　歳　　ヶ月）		

＊医療機関の方へ

本様式は大山崎町病児及び病後児保育事業の利用にあたり、医療機関に受診し、医師により入院の必要性がない旨を確認するためのものです。

麻疹、流行性角結膜炎、しらみ等の病名・症状がある場合または入院の必要性が認められる場合は、本事業の利用はできませんので、本様式への記入は不要です。

病名・症状名 （該当する病名・症状名に〇をつけてください。）	１ 上気道炎　２ 咽頭炎　３ 扁桃腺炎　４ 気管支炎 ５ 喘息性気管支炎　６ 喘息　７ 急性胃腸炎（嘔吐・下痢症） ８ 自家中毒症　９ 中耳炎　１０ 外耳炎　１１ 結膜炎 １２ 伝染性膿痂疹　１３ 突発性発疹症　１４ 手足口病 １５ 伝染性紅斑（りんご病）　１６ 流行性耳下腺炎　１７ 水痘 １８ 風疹　１９ インフルエンザ ２０ その他（　　） **＊次の病名・症状の場合は、本事業は利用できません【本様式の記入は不要です】** **麻疹・流行性角結膜炎・しらみ・下痢、嘔吐、喘鳴がきつい場合**
処方内容・ その他連絡事項 （与薬内容については、お薬シールを貼っていただいても構いません。必要に応じて、裏側もご利用ください。）	与薬（　有　・　無　）※昼分与薬以外も含む　　頓用薬（　有　・　無　）
次回診察予定日	年　　月　　日

次の児童について、　　年　　月　　日に診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。

医療機関名　　医療機関によるゴム印が必要です

上記のとおり症状等を確認しましたので、大山崎町病児及び病後児保育事業の利用を申込します。

年　　月　　日　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿