

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○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 等
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けでも構いません。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し上げます。

年 月 日 保護者氏名