

別記様式第2号（第8条関係）

矢板市病後児保育事業現症連絡票

矢板市長 様

矢板市病後児保育事業の利用に当たり現症等について、次のとおり連絡します。

児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
------	--	----	-----	------	-------

病名・症状 （番号に○をつけてください。）	01 感冒・感冒様症候群	11 膿痂疹	<病名不明のとき> 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 喘鳴 25 発疹
	02 咽頭炎	12 突発性発疹症	
	03 扁桃腺炎	13 手足口病	
	04 気管支炎	14 伝染性紅斑(リンゴ病)	
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
	06 消化不良症	16 麻疹	
	07 感冒性嘔吐症	17 水痘	
	08 自家中毒症	18 百日咳	
	09 中耳炎・外耳炎	19 風疹	
	10 結膜炎(流角結を含む。)	26 その他()	

安静度 （番号に○をつけてください。）	1 ベッド上安静	2 観察室
	3 室内安静(ベッドの生活が主、他児との静かな遊びは可)	
	4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい。)	

食事(昼食) ○をつけてください。	ミルク・牛乳のみ・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食
	下痢食・アレルギー食(除去内容)

現在の投薬処方	
---------	--

医師の所見及び指示事項	年 月 日より 日間 病後児保育が必要 ・詳細
-------------	----------------------------

上記児童は病後状態にあることを証明します。

年 月 日

所在地
 医療機関名
 医師名
 電話番号

印