様式第４号（第９条関係）

**医師連絡票**

飯南町長　　様

飯南町病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用児童名 |  |
| 児童の生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 　該当する病名・病状（該当項目に○印をおつけください） |
| 01 上気道炎（咽頭炎・扁桃炎）07 中耳炎(右・左）08 溶連菌感染症09 咽頭結膜炎(プール熱)10 膿痂疹11 インフルエンザ(Ａ･Ｂ)12 その他( )02 気管支炎、肺炎　03 喘息・喘息性気管支炎04 感染症胃腸炎　05 水痘06流行性耳下腺炎 | （病名不明のとき）　11 発熱　12 下痢　13 嘔吐　14 喘鳴　15 発疹　16 その他（ 　　　　　　） |
| 処方内容 |  |
| 隔離について | 1．隔離必要（他児との接触を避ける）2．隔離不要（他児との接触が可能） |
| 備考 |  |
| 年　　月　　日　　　医療機関名　　（電話番号）　　　医師氏名 |

※主治医の先生へお願い

　この用紙は、お子様が病児・病後児保育事業を利用するために必要なものです。

　診療のうえ、当事業を利用することに支障がないと認められる場合には、上記項目にご

記入いただき、児童の保護者へお渡しくださるようお願いします。