様式第６号（第４条関係）

　医療機関記入

大和町病後児保育施設利用連絡票

記入日　　　　年　　月　　日

　大　和　町　長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 電　話 |  |
| 担当医師氏名 | ㊞ |

診断の結果，次により，現時点での大和町病後児保育施設の利用が可能です。

　１．病気の回復期にあり，医療機関における入院治療を要しないが，集団保育が困難な状態

よって，症状について，次のとおり連絡いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児　童　氏　名 | （男・女） | 年 　月 　日生(　 )歳 |
| 児　童　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（ ロタ・ノロ ） | １４　流行性耳下腺炎 |
| ６　周期性嘔吐症（自家中毒症） | １５　咽頭結膜熱 |
| ７　突発性発疹症 | １６　百日咳 |
| ８　手足口病 | １７　結核 |
| ９　伝染性膿痂疹 | １８　溶連菌感染症 |
| １９　その他（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　　　（病状：　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 診　療　形　態（おもな症状） |  |
| 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 |  |

※医療機関の方へ　この連絡票は医療保険上の「B009診療情報提供料（Ⅰ）」で対応願います。

　病後児保育施設のため、急性期の保育は出来ません。回復期のみの利用となります。