

**連絡票**

かかりつけ医 連絡票

大木町長様

大木町病児・病後児保育事業実施要綱第7条第3項の規定により、病児保育施設( )の  
利用について、次のとおり連絡いたします。

保護者記入欄

ふりがな 児童名		男	生年月日	年	月	日生
		女	年齢	歳	か	月

主治医記入欄

病名・ 症状 (○印)	1. かぜ(上気道炎・咽頭炎・扁桃炎を含む) 13. アデノウイルス感染症 2. 気管支炎 14. RSウイルス感染症 3. 喘息 15. マイコプラズマ感染症 4. 中耳炎 16. 伝染性紅斑(りんご病) 5. 副鼻腔炎 17. 流行性耳下腺炎 6. 感染性胃腸炎 18. 水痘 7. 溶連菌感染症 19. 麻疹 8. 手足口病 20. 風疹 9. 突発性発疹症 21. 百日咳 10. インフルエンザ( )型 22. 膿痂疹 11. 結膜炎(流行性角結膜炎を含む) 23. 骨折 12. ヘルパンギーナ 24. 火傷 その他の病名・病名不明時の症状( )
安静度 (○印)	1 室内保育(他児と同室可) 2 室内安静(他児と同室可) 3 隔離室保育 4 隔離室安静
処方薬	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照する ( )
その他 留意事項	

年 月 日

所在地  
医療機関名  
医師名  
電話番号

注1 新型コロナウイルス感染症及びアタマジラム罹患者は利用できません  
注2 39.5 度以上の発熱や脱水症状等がある場合は利用できません