様式第3号(第9条関係)

医療機関記入

大月市病児・病後児保育利用連絡票

記入日 　　　　年　　月　　日

（あて先）大月市長

　　　　　　　　　　　　申請者（保護者名）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | 男  ・  女 | 生年月日　(　　歳　　ヵ月)  年　　月　　日生 | |
| 児童氏名 | | |  | | |
| 児童住所 | | |  | | | | | |
| 病名 | | | | コード番号［　　　　　］　　その他の場合［　　　　　　　　　　］ | | | | |
| 病名コード番号 | 01　感冒・感冒様症候群 | | | | 11　膿痂疹 | | | 病名不明のとき |
| 02　咽頭炎 | | | | 12　突発性発疹症 | | | 21　咳嗽 |
| 03　扁桃腺炎 | | | | 13　手足口病 | | | 22　発熱 |
| 04　気管支炎 | | | | 14　りんご病(伝染性紅斑) | | | 23　下痢 |
| 05　喘息・喘息様気管支炎 | | | | 15　流行性耳下腺炎 | | | 24　嘔吐 |
| 06　消化不良症 | | | | 16　麻疹 | | | 25　喘息 |
| 07　感冒性嘔吐症 | | | | 17　水痘 | | | 26　発疹 |
| 08　自家中毒症 | | | | 18　百日咳 | | | 27　骨折 |
| 09　中耳炎・外耳炎 | | | | 19　風疹 | | | 28　その他 |
| 10　結膜炎(流角結を含む) | | | | 20　インフルエンザ | | |  |
| 症　　　　状 | | 1 急性期（発熱等）　2 回復期（下熱・微熱等） | | | | | | |
| 感染力の程度 | |  | | | | | | |
| お薬の内容 | |  | | | | | | |
| 既往歴等特記すべきもの | |  | | | | | | |
| 安静度  ○印 | | 1. ベッド上　　　　2 隔離室で隔離　　 　3 室内安静　(ベッド上での生   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)　　 5 その他 | | | | | | |
| 食事(昼食)  ○印 | | ミルク　　普通食　　　幼児食　　　離乳食(初期・中期・完了期)　 　下痢食  粥（全・５分・３分）　アレルギー食(除去内容　　　　　　　　　 　　　　) | | | | | | |
| 利用を必要とする期間 | | 月　　　日から　　　　月　　　日まで(　　　　日間) | | | | | | |
| 上記の者が大月市病児・病後児保育事業を受けることについての健康状態を証明します。    　　年　　　月　　　日  医療機関 所在地  名称  医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | |

※太枠は本人が記入してください。

**《ご利用できない基準》**

**○感染性の強い疾患（第二種学校伝染病、ロタウィルス・ノロウィルス等）**

**○38.5度以上の発熱がある　○嘔吐、下痢がひどく脱水症状がある　○咳嗽がひどく呼吸困難がある**

**○感染しやすく一旦感染すれば重症になる危険性が高い ○その他医師が利用を不適当と認めた場合**