

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)

ふりがな			
児童氏名	男・女	生年月日 ( 歳 箇月) 年 月 日生	
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	
		電話番号	
		印	

※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、ロタウイルス・ノロウイルス等)
- 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