第３号様式（第８条関係）

★診察を受けた医療機関に記入してもらって下さい。

利用連絡書　（医療機関用）

病児・病後児保育実施施設　　様

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

年　　月　　日

医療機関名
医師名　　㊞

児　童　氏　名	男・女	生年月日	年　　月　　日
児童の症状（該当するものに〇印をつけてください。）			
1　感冒・感冒様症候群 2　咽頭炎 3　扁桃膜炎 4　気管支炎 5　喘息・喘息性気管支炎 6　胃腸炎 7　中耳炎・外耳炎 8　結膜炎（流角結を含む） 9　膿痂疹 10　突発性発疹症 11　手足口病 12　流行性耳下腺炎 13　麻疹 14　水痘 15　百日咳 16　風疹 17　その他		＜病名不明の時＞ a　発　　熱 b　下　　痢 c　嘔　　吐 d　咳　　嗽 e　喘　　鳴 f　発　　疹	
安　静　度	該当するものに〇印をつけてください。 1　ベット上安静　　2　隔離室で隔離 3　室内安静（ベットでの生活が主、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）		
食事（昼食）	該当するものに〇印をつけてください。 ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食　・普通食 下痢食・アレルギー食（除去内容　　）		
処 方 内 容			
備　　考			

長崎市病児・病後児保育事業