

医師連絡票（病児保育園 Support you）

記入日： 令和 年 月 日

保護者記入欄		※連絡票の有効期限は記入日を含む3日間とする			
児童氏名	(男・女)	平成 令和	年	月	日生( )歳
児童住所					
既往歴、治療 及び症状経過					
施設内の昼食	1. 普通食      2. うどん      3. 粥      4. 離乳食      5. 弁当持参				
投薬(処方)					
保育上の 留意点	※医師から指示があった際はご記入下さい。				

注意事項	◎本書面は「病児保育園Support you」の利用を確約するものではありません。 病名・症状・施設の状況に応じて、利用をお断りする場合がございます。
	◎「病児保育園Support you」利用申請の際に添付された本書面は、 利用の有無に関わらず、養老町にも共有致します。

上述の通り施設の利用を申請し、また注意事項に同意いたします。

保護者名

印

医療機関ご記入欄		※該当する数字に○を付けてください
病名 ・ 症状	1. かぜ (感冒、急性上気道炎、咽頭炎、扁桃炎等を含む) 2. 気管支炎 3. 肺炎 4. インフルエンザA 5. インフルエンザB 6. RSウイルス 7. ヒトメタニューモウイルス 8. マイコプラズマ	9. 溶連菌 10. 流行性角結膜炎 11. 咽頭結膜炎（プール熱） 12. アデノウイルス 13. 中耳炎 14. 胃腸炎 15. その他の病気 (病名： ) (症状： )
保育上の 留意点	1. 完全な隔離 3. 室内保育（他児との同室可）	2. 隔離（同病の他児との同室は可） 4. 病児保育施設を利用できる状態では無い

症状について、上記のとおり連絡いたします。

所在地

医療機関名称

電話番号

※記名押印可とさせていただきます。

担当医師名