

# 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	<u>※医師から指示があった際はご記入下さい。</u>				

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)	9. 溶連菌	
	2. 気管支炎	10. 流行性角結膜炎	
	3. 肺炎	11. 咽頭結膜炎（プール熱）	
	4. インフルエンザA	12. アデノウイルス	
	5. インフルエンザB	13. 中耳炎	
	6. RSウイルス	14. 胃腸炎	
	7. ヒトメタニьюモウイルス	15. その他の病気 (病名： )	
	8. マイコプラズマ	(症状： )	
保育上の留意点	1. 完全な隔離	2. 隔離（同病の他児との同室は可）	
	3. 室内保育（他児との同室可）	4. 病児保育施設を利用する状態では無い	

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

印