様式第２号（第７条関係）

むつ市病児保育事業利用連絡票

※児童氏名	（　　年　　月　　日生）	
病名・症状 （番号に○）	01　感冒・感冒様症候群 02　インフルエンザ 03　気管支炎 04　喘息・喘息性気管支炎 05　麻　疹 06　風　疹 07　水　痘 08　感染性胃腸炎 09　細菌性胃腸炎	10　流行性耳下腺炎 11　中耳炎・外耳炎 12　突発性発疹 13　とびひ 14　手足口病 15　その他 （　　）
安静度 （番号に○）	01　室内安静（室内での静かな遊びは可） 02　ベッド上安静 03　隔離を要する 04　その他（　　）	
食　事 （番号に○）	01　普通食 03　下痢食 05　アレルギー食（除去内容：　　） 06　その他（　　）	02　離乳食（前期・中期・後期） 04　ミルク・牛乳のみ
処方内容 その他 注意事項等		
病児保育 利用見込期間	月　　日より　　日間程度　※上限７日間	

※太線内は保護者の方がご記入ください。

年　　月　　日

むつ市長

むつ市病児保育事業の利用について、上記のとおりお知らせします。

医療機関名

電話番号

医　師　名

◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。