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<br>（番号に○） | 01　感冒・感冒様症候群<br>02　インフルエンザ<br>03　気管支炎<br>04　喘息・喘息性気管支炎<br>05　麻　疹<br>06　風　疹<br>07　水　痘<br>08　感染性胃腸炎<br>09　細菌性胃腸炎 | 10　流行性耳下腺炎<br>11　中耳炎・外耳炎<br>12　突発性発疹<br>13　とびひ<br>14　手足口病<br>15　その他<br>（　　） |
| 安静度<br>（番号に○） | 01　室内安静（室内での静かな遊びは可）<br>02　ベッド上安静<br>03　隔離を要する<br>04　その他（　　） | |
| 食　事<br>（番号に○） | 01　普通食<br>03　下痢食<br>05　アレルギー食（除去内容：　　）<br>06　その他（　　） | 02　離乳食（前期・中期・後期）<br>04　ミルク・牛乳のみ |
| 処方内容<br>その他<br>注意事項等 | | |
| 利用区分<br>（いずれかに○） | 病児保育　・　病後児保育 | |
| 病児保育<br>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。