様式第３号（第10条関係）

**苫小牧市病後児保育事業利用連絡書**

**（診療情報提供書）**

苫小牧市長　様

（保護者記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 児童生年月日 | 年　　月　　日生　（　　　歳　　　ヶ月） |
| 児童住所 | 苫小牧市 |
| 電話番号 |  | 保護者氏名 |  |

（医師記入欄）　　該当する病名等の番号を〇で囲んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 傷病名・症状（該当番号に〇） | 1　感冒・感冒様症候2　気管支炎・肺炎3　喘息・喘息性気管支炎4　急性胃腸炎5　感染性胃腸炎　（ノロ・ロタ・その他　　　　）6　流行性耳下腺炎7　麻疹 | 8　水痘9　風疹10　インフルエンザ11　中耳炎12　外傷性疾患　　（　　　　　　　　　　　　　　） 13　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【病名不明のとき】1　発熱　　　2　下痢　　　3　嘔吐　　　4　咳嗽　　　5　喘鳴　　　6　発疹7　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病後児保育室利用上の事項 |
| 病後児保育室利用見込み期間 | 　　年　　月　　日から　　日間程度（原則最大５日） |
| 安静度 | 1.　室内安静（室内での生活が主、他児との静かな遊びは可）2.　室内安静（他児と室内で普通に遊んでも良い）3.　個別に対応できるなら、戸外活動も可4.　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 処方 | □　無　□　有　 |
| 保育施設での投薬の必要性 | □　無　□　有　※処方箋等、処方内容がわかる書面を裏面に添付してください。 |
| その他指示 |  |

上記のとおり、疾病は回復期にあり、感染の可能性が無いため、病後児保育の利用が可能と思われます。

令和　　年　　　　月　　　　日　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

様式第３号（第10条関係）

処方内容添付欄