

紋別市長 様

（保護者記入欄）

フリガナ		性別	男・女
児童氏名			
児童生年月日	年 月 日生（満 歳）		
住 所	紋別市		
保護者氏名			
電話番号			

上記児童は、病後児保育の利用が適当と認められるため、次のとおり連絡します。

（医師記入欄）

傷病名・症状 （番号に○）	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息性気管支炎 4 喘息発作 5 感染症胃腸炎 6 突発性発疹 7 手足口病 8 伝染性紅斑 9 流行性耳下腺炎 10 麻しん	11 水痘 12 風疹 13 インフルエンザ 14 溶連菌感染症 15 中耳炎 16 結膜炎 17 伝染性膿痂疹（とびひ） 18 外傷性疾患 19 その他（ ）
	<病名不明のとき> 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳嗽 25 喘鳴 26 発疹 27 その他（ ）	
診療形態	1 外来 2 入院（ 年 月 日～ 年 月 日） 3 その他	
既往歴		
現在の処方	1 「おくすり手帳」参照 2 次のとおり	
病後児保育利用 見込み期間	月 日 より、 日間程度（原則最大7日間まで）	
その他指示事項		

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

印