様式第２号（第９条関係）

和光市病後児保育事業利用連絡票

住　　所　和光市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
保護者名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
児童名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年　月　日生
連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この児童は、診察の結果、下記の病気の回復期にあり、病後児保育事業の利用が可能と思われますので、証明いたします。

該当する病名・病状に○印をお願いします		
1　感冒・感冒様症候群	11　膿痂疹	〈病名不明のとき〉
2　咽頭炎	12　突発性発疹症	20　発熱
3　扁桃腺炎	13　手足口病	21　下痢
4　気管支炎	14　伝染性紅斑	22　嘔吐
5　喘息・喘息性気管支炎	15　流行性耳下腺炎	23　咳嗽
6　消化不良	16　麻疹	24　喘鳴
7　感冒性嘔吐症	17　水痘	25　発疹
8　自家中毒	18　百日咳	
9　中耳炎・外耳炎	19　風疹	
10　結膜炎（流行性角膜炎を含む）	26　その他（　　）	
病後児保育事業利用見込期間（回復期間）	月　日から　日間程度（限定７日）	
医師からの注意事項		
食事	普通食　・　軟食　・　離乳食（後期）　・　ミルク アレルギー食（除去内容　　）その他飲食してはいけない物（　　）	
	留意点：　なし　・　あり（　　）	

処方内容	薬品名	用量	用法

年　月　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印