様式第3号(第9条関係)

※ 下の太枠内は、保護者が記入すること。

児 童 氏 名	(男 ・ 女)	生 年 月 日	年 月 日生
児 童 住 所			
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	

岩国市の病児保育事業を利用するためには、この医師連絡票が必要ですが、必ず希望する日にお子さんを預かられるとは限りません。事前に病児保育事業の実施施設にご確認ください。

医 療 機 関 記 入

岩国市病児保育事業　医師連絡票

受診日平成　　年　　月　　日

(宛て先) 岩国市長

病児保育事業実施施設長

診断医療機関名	
電 話 番 号	
診 断 医 師 署 名	

病児保育事業の利用に当たり、必要な情報について下記のとおり連絡します。

該当する病名・症状に○印をお願いします。

≪病名≫

1 感冒・感冒様症候群	9 中耳炎・外耳炎	17 麻疹
2 咽頭炎	10 結膜炎(流行性含む)	18 インフルエンザ(A ・ B)
3 扁桃腺炎	11 溶連菌感染症	19 水痘
4 気管支炎	12 伝染性膿痂疹(とびひ)	20 百日咳
5 喘息・喘息性気管支炎	13 突発性発疹	21 風疹
6 消化不良症	14 手足口病	22 咽頭結膜熱(プール熱)
7 感冒性胃腸炎(下痢・嘔吐)	15 伝染性紅斑(りんご病)	23 その他
8 自家中毒症	16 流行性耳下腺炎	( )

≪主な症状≫

1 発熱
2 下痢
3 嘔吐
4 咳嗽
5 喘鳴
6 発疹
7 その他
( )

病　　状	□ 回復期前　□ 回復期
治 療 経 過	次回診療予定日　年 月 日
投 薬 処 方	□ 食前　□ 食後　□ ( ) 時　□ その他 ( )
入院していた場合	入院期間　年 月 日 ～ 年 月 日
年 月 日	診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。
熱性けいれんの既往歴	□ 有り　□ 無し　□ 不明
安 静 度	□ ベッドで安静　□ 観察室又は安静室で隔離 □ 室内で安静　□ 室内保育(他児と室内で普通に遊んでいい)
食 事 (昼 食)	□ ミルク・牛乳のみ　□ 離乳食(□前期 □中期 □後期) □ 幼児食　□ 普通食　□ 下痢食 □ アレルギー食(除去内容) □ その他( )
その他注意事項	

※ 主治医の先生へ

この用紙は、上記児童が病児保育事業実施施設を利用するために必要な事項を情報提供いただくものです。

※ 病児保育事業実施施設が正本を保管すること。

問い合わせ　岩国市健康福祉部こども支援課　電話　0827-29-5077

病児・病後児保育所 キッドイン　電話　0827-41-1381