様式第３号　別紙

連　絡　票

※太枠内は医師が記入お願いします。

※医師記入後（太枠内）の症状確認後、保護者の同意（太枠外下欄）が必要です。

児童氏名		性別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日生（　　歳　　か月）		

※医療機関の方へ

本様式は、向日市病後児及び病児保育事業の利用にあたり、医療機関に受診し、医師により入院の必要性がない旨を確認するためのものです。

麻疹・流行性角結膜炎、しらみ等の病名・症状がある場合又は入院の必要性が認められる場合は、本事業の利用はできませんので、本様式の記入は不要です。

病名・症状名 （該当するものに○をつけてください。）	１．上気道炎　2．咽頭炎　３．扁桃腺炎　4．気管支炎 ５．喘息性気管支炎　6．喘息　7．急性胃腸炎（嘔吐・下痢症） ８．アデノウイルス感染症　９．プール熱　１０．突発性発疹 11．手足口病　12．RS ウイルス感染症　１３．溶連菌感染症 14．インフルエンザ（A/B）　15．Covid-19 ウイルス感染症 16．水痘　17．流行性耳下腺炎　18．風疹　19．伝染性紅斑 20．中耳炎　21．外耳炎　22．結膜炎　23．その他（　　） ※次の病名・症状の場合は、本事業は利用できません。【本様式の記入は不要です。】 麻疹・流行性角結膜炎・しらみ　　下痢・嘔吐、喘息がきつい場合
処方内容・ その他連絡事項 （与薬内容については、お薬シールを貼っていただいても構いません。必要に応じて、裏面の余白もご利用ください。）	与薬（　有　・　無　）※診察時の処方薬すべてご記入ください
次回診察予定日	年　　月　　日

上記児童について、　　年　　月　　日に診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。

医療機関名

医療機関によるゴム印が必要です。

※洛西医院所見（診断日が利用日以前の場合必要）

当日の病児保育の利用について（　可　・　否　）署名

上記の通り症状等を確認しましたので、向日市病後児及び病児保育事業の利用を申し込みます。

年　　月　　日　　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿