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）の症状を確認後、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、本様式への記入は不要です。

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. 自家中毒　9. 中耳炎　10. 外耳炎　11. 結膜炎 12. 伝染性膿痂疹　13. 突発性発疹症　14. 手足口病 15. 伝染性紅斑（りんご病）　16. 流行性耳下腺炎　17. 水痘 18. 風疹　19. インフルエンザ 20. 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　）※昼分与薬以外も含む　頓用薬（　有　・　無　）
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとお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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿