

様式第3号（第10条関係）

児童氏名		男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日生（	歳）
保護者氏名				住 所				
				電話番号				
病後児利用日	年 月 日 ～ 年 月 日							

有田町病後児保育 医師連絡票（診療情報提供書）

年 月 日

有田町長 宛

医療機関 名 称

医 師 名

電話番号

病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり連絡します。

疾患名	☐ 上気道園 ☐ 扁桃腺炎 ☐ クループ症候群 ☐ 気管支炎 ☐ 肺炎 ☐ 喘息様気管支炎 ☐ 気管支喘息 ☐ その他 （ ）	☐ 流行性結膜炎 ☐ 急性出血性結膜炎 ☐ 溶連菌感染症 ☐ ウイルス性肝炎 ☐ 伝染性紅斑 ☐ 手足口病 ☐ ヘルパンギーナ ☐ マイコプラズマ感染症 ☐ 流行性嘔吐下痢症	☐ インフルエンザ（ ）型 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 百日咳 ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 風疹 ☐ 水痘 ☐ 咽頭結膜熱
受診情報	発症日（受診日） 年 月 日		
病後児保育の利用	可 否		
安静度	☐ 室内安静（ベッドでの生活が主、室内で静かな遊び可） ☐ 室内保育（他児童と静かな遊び可） ☐ 隔離を要する ※保育上の注意点（ ）		
薬の情報	☐ 別紙参照 ※必ず投薬処方がわかるもの（お薬手帳等）を連絡表と一緒に持参するようご指導ください。		

●連絡表をご記入いただくお医者様へ

この連絡表は、有田町の子育て支援事業の一環として、伊万里・有田地区医師会のご協力を頂いているものです。お手数をおかけしますが、無料にて記入をいただきますようよろしくお願いいたします。

※問い合わせ先：有田町役場 子育て支援課 保育担当（☎0955-25-9200）