様式第３号（第９条関係）

医師紹介カード

（中間市、芦屋町、水巻町、遠賀町、岡垣町　病児・病後児保育事業）

ふりがな ※ 児童の氏名	※生年月日 年　月　日生（　歳）

子どもの病状急変の場合、病児・病後児保育事業実施施設と連携し、保護者の責任のもとで適切に対応します。

※ **保護者氏名**　印

病児・病後児保育事業を利用するとき、この意見書を医療機関で記入してもらい、利用する施設に提出してください。

これより下は医療機関で記入してください。（病名、症状は レ 印 でお願いします）

疾病等			症状
□ 流行性耳下腺炎	□ 感染性胃腸炎（細菌性）	□ 喘息性気管支炎	□ 発熱
□ 水痘	□ 〃　（ウイルス：　）	□ その他	□ 下痢
□ 百日咳	□ 溶連菌感染症		□ 嘔吐
□ 風疹	□ アデノウイルス感染症		□ 咳嗽
□ RSウイルス感染症	□ ヘルパンギーナ		□ 喘鳴
□ 突発性発疹	□ 伝染性紅斑（りんご病）	（　）	□ 発疹
□ 手足口病	□ 咽頭炎・扁桃炎		□ 鼻汁
□ 感冒症候群	□ 気管支炎		□ その他
□ 感冒性嘔吐症	□ 気管支喘息		（　）

医師からの意見

保育事業実施施設の対応について

上記の症状・病名における病児・病後児

連絡事項（注意事項）	
安静度	□ ベット上安静　□ 室内安静　□ 隔離室で隔離 □ 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
飲食	□ ミルク　□ おかゆ　□ 離乳食（　） □ 軟食　□ 普通食　□ アレルギー（　）
投薬等	薬名：効能（抗生剤・整腸剤・咳止め等）　服薬法（朝・昼・夕・昼間・頓服等）
□ 飲み薬	・
□ 貼り薬	・
□ 軟膏	・
□ その他	・
□ 発熱時（　）	容量：　）

診察日（平成　年　月　日）

現時点では、①病児（病中）・②病後児（回復期）保育事業の利用が可能であることを認めます。

（①または②のどちらかに〇を付けてください）

医療機関名

医師氏名　印

住所

電話番号