様式第3号（第6条関係）

富士川町病後児保育利用医師連絡票

（宛先）　富士川町長　様

【保護者記入欄】

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

【医師記入欄】

病名・症状	1　急性期上気道炎 2　気管支炎・肺炎 3　喘息性気管支炎 4　喘息発作 5　感染症胃腸炎 6　突発性発疹 7　手足口病 8　伝染性紅斑 9　流行性耳下腺炎 10　麻しん 11　水痘 12　風疹 13　インフルエンザ 14　溶連菌感染症 15　伝染性膿痂疹（とびひ） 16　その他 （　　）	＜病名不明のとき＞ 17　発熱 18　下痢 19　嘔吐 20　咳痰 21　喘鳴 22　発疹 23　その他 （　　）
処方内容	1　別紙参照（薬剤情報・お薬手帳） 2　次のとおり 与薬時間：　食前　食間　食後　指定時間（　　時間ごと） 薬 剤 名： 用　　量： 用　　法：	
安静度	1　ベッド上安静 2　室内安静（ベッドの生活が主、他児との静かな遊びは可） 3　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	
その他 指示事項		

＊ 回復期は、次に掲げるとおりとする。
1　感染症の日常的にかかる疾患：急性期を経過した後
2　気管支炎、喘息等の呼吸器系疾患：発作が治まった後
3　麻しん、水痘、風疹等の感染性疾患：他児に感染するおそれのある感染期を経過した後
4　骨折、火傷等の外傷性疾患：症状が安定した後

診察の結果、上記の病気の回復期であり、病後児保育事業の利用が可能と判断します。

年　　月　　日

医療機関　名　　称

所 在 地

電話番号

医 師 名　　印