第3号様式（第8条関係）

病後児保育室利用連絡票

病後児保育室の利用について、下記のとおりお知らせします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日  　　 　 年　 月　 日 | 歳　　か月 |
|  |
| （ふりがな）  保護者氏名 |  | 連絡先 |  | |
|  |
| 住　　所 |  | | | |
| 症　　状 | １　体温　　３８℃以上の発熱がみられない  ２　食欲　　水分補給が可能であり、普段通りの食事がほぼ摂れる状態にある  ３　消化器症状　　腹痛がなく嘔吐もほぼ消失し、下痢があっても軽度である  ※１　要件を満たしているものに〇をつけてください。  ※２　利用日当日の状態で記入ください。 | | | |
| 病名  ※番号に○をつけてください。 | 01　インフルエンザ　　　　　　　　11　咽頭結膜熱（プール熱）  02　コロナウイルス　　　　　　　　12　流行性角結膜炎  03　麻疹　　　　　　　　　　　　　13　溶連菌感染症  04　風疹　　　　　　　　　　　　　14　とびひ  05　水痘　　　　　 　　　　 15　百日咳  06　おたふくかぜ　　　　　　 16　感冒（風邪）  07　突発性発疹　　　　　 　　 17 マイコプラズマ肺炎  08　ヘルパンギーナ　　　　　 18　ＲＳウイルス感染症  09　手足口病　　　　　　 19 ケガ（骨折等）  10　ウイルス性胃腸炎　　　　　　　20　その他（　　　　　　　　　　　　）  　　（ノロ、ロタ等） | | | |
| 注意事項 | ※病後児保育室利用にあたり、注意する点があれば記入してください。  　　特にない場合は、記入不要です。 | | | |
| 病後児保育室の利用可否 | **利用（　可　・　否　）**  ※病名ごとの条件を満たし、病気の回復期にある場合は、病後児保育の利用が  可能となります。 | | | |
| 年　　月　　日  医療機関名  所在地  医師名  電話番号 | | | | |

**※太線内は保護者の方がご記入ください。病名より下の部分は、今回の症状で受診している**

**医療機関での記入をお願いします。**