

病 後 児 保 育 医 師 連 絡 書

下記児童は、次の疾患の回復期にあり、病後児保育事業の利用が可能であることを連絡します。

(保護者記入欄)

児 童 氏 名	(ふりがな)	生年月日	平成・令和 年 月 日生
保護者氏名		住 所	

(医師記入欄) ※該当する病名等の番号を○で囲んでください。

病 名	1 急性上気道炎	11 麻疹
	2 気管支炎・肺炎	12 水痘
	3 喘息・喘息性気管支炎	13 風疹
	4 嘔吐下痢症	14 インフルエンザ
	5 感染性胃腸炎	15 溶連菌感染症
	6 自家中毒症	16 中耳炎
	7 突発性発疹	17 膿痂疹
	8 手足口病	18 外傷性疾患 ()
	9 伝染性紅斑	19 その他 ()
	10 流行性耳下腺炎	
備 考		

発行日 令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名

印