

むつ市病児保育事業利用連絡票

※児童氏名	( 年 月 日生)		
病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群 02 インフルエンザ 03 気管支炎 04 喘息・喘息性気管支炎 05 麻疹 06 風疹 07 水痘 08 感染性胃腸炎 09 細菌性胃腸炎	10 流行性耳下腺炎 11 中耳炎・外耳炎 12 突発性発疹 13 とびひ 14 手足口病 15 その他	( )
安静度 (番号に○)	01 室内安静（室内での静かな遊びは可） 02 ベッド上安静 03 隔離を要する 04 その他 ( )		
食事 (番号に○)	01 普通食 03 下痢食 05 アレルギー食（除去内容： ) 06 その他 ( )	02 離乳食（前期・中期・後期） 04 ミルク・牛乳のみ	
処方内容 その他 注意事項等			
病児保育 利用見込期間	月 日より	日間程度	※上限7日間

※太線内は保護者の方がご記入ください。

年 月 日

むつ市長

むつ市病児保育事業の利用について、上記のとおりお知らせします。

医療機関名  
電話番号  
医師名