

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 02 離乳食（前期・中期・後期） 03 下痢食 04 ミルク・牛乳のみ 05 アレルギー食（除去内容：) 06 その他 ()		
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