

医療機関記入

平成 年 月 日

(あて先) 実施施設長

病後児保育連絡票

利用児童名	
平成 年 月 日生 (歳) 男・女	
病名及び症状 (病名をご記入いただくか又は下記病名に○を付けてください)	
01 インフルエンザ 02 感染性胃腸炎 03 水ぼうそう (水痘) 04 手足口病 05 突発性発しん	
※病中の場合、病後児保育は利用できません。	
平成 年 月 日診察の結果、上記児童は病後児保育実施施設において、保育及び看護することが現時点では可能であると考えられますので、下記のとおり連絡いたします。	
(医療機関)	
所在地	
名称	
電話番号	
診断医師名 ㊟	
保育上注意すること	
その他留意事項	

※ 病後児保育の目安はありますが、先生 (担当医師) の判断でご記入をお願いします。

～ 保護者の皆さまへ～

病後児の判断は、担当医師にお任せください。