

刈谷市病児・病後児保育事業利用連絡票

年 月 日

病児・病後児保育室 様

医療機関 所在地
 名称
 医師名
 電話番号

刈谷市病児・病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり連絡します。

(保護者記入欄)

児童氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日生	(満 歳)	
住所			
保護者氏名		電話番号	

(医療機関記入欄)

病状・症状 (該当番号に○印をつけてください)	1 急性上気道炎	10 風疹	(病名不明の時)
	2 気管支炎・肺炎	11 インフルエンザ	
	3 喘息・喘息様気管支炎	12 溶連菌感染症	19 下痢
	4 嘔吐下痢症	13 中耳炎・外耳炎	20 嘔吐
	5 感染性胃腸炎	14 流行性耳下腺炎	21 咳嗽
	6 周期性嘔吐症	15 百日咳	22 喘鳴
	7 突発性発疹	16 咽頭結膜熱	23 発疹
	8 麻疹	17 その他	
	9 水痘	()	
安静度 (該当番号に○印をつけてください)	1 特に制限なし 2 ベッド安静 3 その他 ()		
処方の内容等 (投薬の有無)	投薬 (無・有) 処方 ()		
食事(昼食)	特に制限なし・絶食・その他 ()		
その他留意事項			

(注1) 刈谷市内の医療機関(刈谷医師会加入)であれば、無料で記入していただけます。

(刈谷医師会休日診療所を除く)

(注2) 新型コロナウイルスに感染の疑いがあるお子さんはお預かりできません。