

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

発行日 年 月 日

医療機関名
所 在 地
電 話 番 号
医 師 氏 名

印