医療機関記入

病児保育事業利用連絡票

診察医師名	（診察日　　月　　日）	
病状・症状 （該当番号に○を付けてください）	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息様気管支炎 4 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎 6 周期性嘔吐症 7 水痘 8 風疹 9 インフルエンザ 10 溶連菌感染症 11 中耳炎・外耳炎 12 流行性耳下腺炎 13 百日咳 14 アレルギー咽頭結膜熱 15 その他 （　　）	（病名不明の時） 16 発熱 17 下痢 18 嘔吐 19 咳嗽 20 喘鳴 21 発疹
安静度 （該当番号に○を付けてください）	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		

（事務処理欄）

利用日時① 年　月　日（　）　：　～　：	料金確認（受領者　　） □徴収　□減免　□免除	特記事項
利用日時② 年　月　日（　）　：　～　：	料金確認（受領者　　） □徴収　□減免　□免除	特記事項
利用日時③ 年　月　日（　）　：　～　：	料金確認（受領者　　） □徴収　□減免　□免除	特記事項
利用日時④ 年　月　日（　）　：　～　：	料金確認（受領者　　） □徴収　□減免　□免除	特記事項
利用日時⑤ 年　月　日（　）　：　～　：	料金確認（受領者　　） □徴収　□減免　□免除	特記事項
利用日時⑥ 年　月　日（　）　：　～　：	料金確認（受領者　　） □徴収　□減免　□免除	特記事項