医師連絡票

※太枠内は医師が記入をお願いします。
※医師記入後（太枠内）の症状を確認後、保護者の同意（太枠外下欄）が必要です。

児童氏名		性別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日生　（　　歳　　か月　）		

※医療機関の方へ
　本様式は向日市病後児及び病児保育事業の利用にあたり、医療機関に受診し、医師により入院の必要性がない旨を確認するためのものです。麻疹の病名・症状がある場合又は入院の必要性が認められる場合は、本事業の利用は出来ませんので、本様式への記入は不要です。

診察日	年　　月　　日
病名・症状名 （該当するものに〇をつけて下さい。）	1. 上気道炎　　11. 結膜炎 2. 咽頭炎　　12. 伝染性膿痂疹 3. 扁桃腺炎　　13. 突発性発疹症 4. 気管支炎　　14. 手足口病 5. 喘息性気管支炎　　15. 伝染性紅斑症（りんご病） 6. 喘息　　16. 流行性耳下腺炎 7. 急性胃腸炎（嘔吐・下痢症）　17. 水痘 8. 自家中毒　　18. 風疹 9. 中耳炎　　19. インフルエンザ 10. 外耳炎　　20. その他（　　） ※麻疹の病名・症状の場合は、本事業は利用出来ません（様式の記入は不要です。）
処方内容・ その他 連絡事項	与薬（　有　・　無　）　※昼分与薬以外も含む　屯用薬（　有　・　無　） （与薬内容は、お薬シールを貼っていただいても構いません。裏面もご活用下さい。）
次回診察予定	年　　月　　日

上記児童について、本日の診断の結果、現時点での入院の必要性はありません。
（診断日が利用日以前の場合）当日の病児保育の医療について（　可　・　否　）

医療機関名

住所

TEL

担当医　　㊞

上記のとおり、症状等を確認しましたので、向日市病後児及び病児保育事業の利用を申し込みます。

年　　月　　日　　保護者氏名　　㊞