様式第４号（第７条関係）

つがる市病後児保育事業連絡票

年　　月　　日

（事業者）

学校法人　平田学園

認定こども園　育実幼稚園　様

 つがる市病後児保育事業の利用について、以下のとおり連絡します。

【保護者記入欄】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病後児 | （ふりがな）氏名 |  | 生年月日 | 　年　月　日（　　歳　　月） |
| 登録番号 |  | 性別 | 男・女 |
| 保護者 | 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  |

【かかりつけ医等記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 | 電話番号 | ＦＡＸ |
| 担当医師名 |  |
| 主な症状 | □急性上気道炎　□気管支炎・肺炎　□喘息・喘息様気管支炎□ヘルパンギーナ　□感染性胃腸炎　□流行性耳下腺炎　□水痘　□インフルエンザ　□咽頭結膜炎　□溶連菌感染症　□中耳炎　□伝染性膿痂疹　□その他（　　　　　　　　　） |
| 投薬状況及び経過など | 投　薬（　有　・　無　） |
| 特記すべき既往歴 | □有　　熱性けいれん（　　　　　　回）喘息、食物アレルギー（　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無　　□不明 |
| その他の注意事項 |  |
| 保育上の留意点 | □ベッドで安静　□室内安静　□室内保育□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）この連絡票の作成による料金は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。