★診察を受けた医療機関に記入してもらって下さい。

利用連絡書　（医療機関用）

病児保育室　crecer　様

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

医師名　　㊞

児童氏名	男・女	生年月日　　年　月　日

児童の症状　（該当するものに〇印をつけてください）

1　感冒・感冒様症候群	7　中耳炎・外耳炎	病名不明の時
2　咽頭炎	8　結膜炎（流角結を含む）	a　発熱
3　扁桃膜炎	9　膿痂疹	b　下痢
4　気管支炎	10　突発性発疹症	c　嘔吐
5　喘息・喘息性気管支炎	11　手足口病	d　咳嗽
6　胃腸炎	12　その他	e　喘鳴
		f　発疹

安　静　度	該当するものに〇印をつけてください。 1　ベッド上安静　　2　隔離室で隔離 3　室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）
食事（昼食）	該当するものに〇印をつけてください。 ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食・普通食 下痢食・アレルギー食（除去内容　　）
処　方　内　容	
備　　考	