

(市外利用者提出用)

町田市病児・病後児保育事業主治医指示書

医療機関記入日 年 月 日

医療機関名称

医療機関住所

電話番号

医師名

印

病児・病後児保育の利用にあたり、下記の通り状況をお知らせします。

症状が回復していれば、病後児保育は 月 日より利用が可能と判断します。

保護者記入欄	フリガナ 児氏名		性別	男・女
	児生年月日	年 月 日	(歳	ヶ月)
	児住所			
	保護者氏名	電話番号		
医療機関記入欄	傷病名 (該当事項に○)	病名		
		1. 百日咳	10. 気管支炎	
		2. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	11. 気管支喘息	
		3. 風疹(三日ばしか)	12. RSウイルス感染症	
		4. 水痘(水ぼうそう)	13. ヘルパンギーナ	
5. 咽頭結膜熱(プール熱)	14. 手足口病			
6. 流行性角結膜炎(はやり目)	15. 急性胃腸炎			
7. 溶連菌感染症	16. インフルエンザ			
8. 感冒	17. その他()			
9. 上気道炎				
今回の処方	1.咳・鼻水用 2.気管支拡張剤 3.抗生物質 4.整腸剤などの消化器用薬			
	5.鎮痛解熱剤 6.抗インフルエンザ薬 7.その他()			
食事について	1.胃腸症状に配慮 2.アレルギーに配慮() 3.特になし			
保育について	1.傷病名1~7の疾病については許可証発行後病後児利用可能			
	2.インフルエンザについては、病児は診断後すぐに。病後児は解熱後48時間から			
	3.発熱時は、自宅療養または、病児保育を利用			
	4.その他()			
特記事項				

備考1 保護者記入欄は保護者、医療機関記入欄は医療機関がそれぞれ記入すること。

備考2 処方箋が交付されている場合は、保護者は薬局が発行する薬の説明書またはお薬手帳を添付し利用申請すること。

備考3 診断名が変更された場合は、改めて提出すること。

注) 医療機関でこの指示書の発行を受ける際は手数料がかかります。