

医療機関 各 位

利 根 町 長
(公 印 省 略)

病児保育事業に係る「医師連絡票 (町外在住者用)」について (依頼)

当町の子ども・子育て支援については、日ごろからご協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、当町では、保護者が就労している場合等において、児童が病気のために集団保育ができないときに、施設（もえぎ野わかば保育園病児保育室）において一時的に保育する「病児保育事業」を平成29年2月2日から実施しております。

本事業の実施に当たりましては、入院の必要性はない旨を確認しお預かりすることとなりますので、保護者がお願いした場合には、別紙文書により児童の症状について、情報の提供をお願い申し上げます。

つきましては、裏面「**医療機関の方へ**」をご覧ください、病児保育事業を利用する際に必要な「医師連絡票 (町外在住者用)」について、交付していただきたく、よろしくお願い申し上げます。

医療機関の皆様方には、お手数をおかけいたしますが、更なるご理解とご支援を賜りますよう、お願い申し上げます。

「医師連絡票 (町外在住者用)」に関すること

「病児保育事業」に関すること

問合せ先 利根町役場 子育て支援課

電話 0297-68-2211FAX 0297-68-6910

E-mail kosodate@town.tone.lg.jp

医療機関の方へ

病児保育事業に係る「医師連絡票（町外在住者用）」について

・診察した児童について入院の必要性はなく、**病児保育利用が可能であると認められる場合に限り**、本連絡票ご記入いただき、児童保護者へお渡してください（本連絡票は、児童保護者から病児保育実施事業者を經由し、利根町に提出されます）。

・本連絡票は、利根町に住所を有さない方（保護者が利根町に勤務されている方のみ）が病児保育事業を利用される場合、利根町に提出されるものです。

【受け入れ不可の診断名】

- | | |
|---------------|------------------|
| ・結核 | ・風疹 |
| ・百日咳 | ・麻疹（はしか） |
| ・新型インフルエンザ | ・流行性角結膜炎 |
| ・新型コロナウイルス感染症 | ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |
| ・感染性胃腸炎 | ・水痘（みずぼうそう） |

利根町病児保育事業医師連絡票 (町外在住者用)

利根町長 様

(保護者記入)

年 月 日

児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	(満 歳)	
住所(町外在住者)			
保護者氏名	父：	母：	
	電話番号	電話番号	

(医療機関記入)

病名・症状 (該当に○をつける)	1 感冒 感冒様症状	11 手足口病
	2 咽頭炎	12 伝染性紅班
	3 気管支炎	13 流行性耳下腺炎
	4 肺炎	14 百日咳
	5 溶連菌感染症	15 咽頭結膜炎
	6 感染性胃腸炎	16 インフルエンザA
	7 中耳炎 外耳炎	17 インフルエンザB
	8 結膜炎 (流行性角膜炎含む)	18 風疹
	9 膿痂疹	19 その他 ()
	10 突発性発疹	
	(病名不明) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 発疹	
既往歴および 治療状況等		
安静度	・隔離室で隔離 (空気感染受入不可)・室内安静・室内保育・その他 ()	
食事に関する 特別な指示	・なし・普通食・ミルク・牛乳のみ・離乳食 (前期・中期・後期)・幼児食 ・下痢食・アレルギー食 (除去内容)・その他 ()	
処方内容・その他 注意事項		
治療期間 (見込)	年 月 日～ 年 月 日 (次回診療予定日： 年 月 日)	
新型コロナ陰性証明	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> 未実施 (検査不要)	
この児童は診察の結果、上記の病中又は病気の回復期にあり、現時点での入院の必要性は認められません。		
年 月 日		
医療機関名		
所在地		
電話番号		
FAX		
医師名		

登録受付： 年 月 日 受付番号： 番

利根町病児保育事業医師連絡票 (町外在住者用) 記入例

利根町長 様

(保護者記入)

令和〇年 〇月 〇日

児童氏名	利根 太朗	性別	男・女
生年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 (満 〇 歳)		
住所(町外在住者)	△△市△△△△番地△△		
保護者氏名	父: 利根 一男	母: 利根 桜	
	電話番号××××-××-××××	電話番号××××-××-××××	

(医療機関記入)

病名・症状 (該当に○をつける)	1 感冒 感冒様症状	11 手足口病
	2 咽頭炎	12 伝染性紅班
	3 気管支炎	13 流行性耳下腺炎
	4 肺炎	14 百日咳
	5 溶連菌感染症	15 咽頭結膜炎
	6 感染性胃腸炎	16 インフルエンザA
	7 中耳炎 外耳炎	17 インフルエンザB
	8 結膜炎 (流行性角膜炎含む)	18 風疹
	9 膿痂疹	19 その他 ()
	10 突発性発疹	
	(病名不明) 20 発熱 21 下痢 22 嘔吐 23 咳嗽 24 発疹	
既往歴および 治療状況等	安静を要する	
安静度	・隔離室で隔離 (空気感染受入不可)・室内安静・室内保育・その他 ()	
食事に関する 特別な指示	・なし・普通食・ミルク・牛乳のみ・離乳食 (前期・中期・後期)・幼児食 ・下痢食・アレルギー食 (除去内容)・その他 ()	
処方内容・その他 注意事項	特になし	
治療期間 (見込)	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日 (次回診療予定日: 月 日)	
新型コロナ陰性証明	<input type="checkbox"/> PCR <input checked="" type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> 未実施 (検査不要)	
この児童は診察の結果、上記の病中又は病気の回復期にあり、現時点での入院の必要性は認められません。		
令和〇年〇月〇日		
医療機関名 ○○○クリニック		
所在地 △△市△△△△番地△△		
電話番号 ××××-××-××××		
FAX ××××-××-××××		
医師名 ○○ ○○		

登録受付: 年 月 日 受付番号: 番