

事 務 連 絡

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