

様式第4号（第6条関係）

※この欄は保護者の方でご記入下さい。

児童氏名（ふりがな）	性別	男 ・ 女
	年齢	歳 か月
保護者氏名	住所	
	電話番号	
すこやかの使用日		
年 月 日 ～ 年 月 日		

医師連絡票

（診療情報提供）

伊万里市病後児保育室すこやか 宛

上記の児童のすこやかの使用について、下記のとおり連絡します。

記載日 年 月 日

病院名

医師氏名

Ⓜ

連絡先（電話番号）

疾患名 ※疾患名に○を付けてください。	
1 流行性耳下腺炎	11 咽頭扁桃炎
2 麻しん	12 肺炎、気管支炎
3 水ぼうそう	13 気管支喘息
4 百日咳	14 喘息様気管支炎
5 風しん	15 嘔吐下痢症
6 インフルエンザ	16 中耳炎・外耳炎
7 アデノウイルス感染症	17 結膜炎（流行性結膜炎を除く。）
8 RSウイルス感染症	18 膿痂疹
9 溶連菌感染症	19 手足口病
10 上気道炎	20 伝染性紅斑（りんご病）
※上記以外の疾患（ ）	
受診の情報	発症日（受診日） 年 月 日
すこやかの使用	可 否
保育上の 注意点など	
お薬の情報 （服用薬等）	
連絡票をご記入いただくお医者様へ	
この連絡票は、伊万里市の子育て支援事業の一環として、伊万里・有田地区医師会のご協力を頂いているものです。お手数をおかけいたしますが、無料にてご記入いただきますよう、よろしく願いいたします。	
当事業に関する問い合わせは、伊万里市役所 子育て支援課 保育係（電話：23-2174）まで	