

医療機関記入

年 月 日

ひがしまち保育園 園長様

病後児保育連絡票

利用児童名	
年 月 日生（ 歳）男・女	
病名及び症状（病名をご記入いただくか又は下記病名に○を付けてください）	
01 インフルエンザ 02 感染性胃腸炎 03 水ぼうそう（水痘） 04 手足口病 05 突発性発しん	
※病中の場合、病後児保育は利用できません。	
年 月 日診察の結果、上記児童は病後児保育実施施設において、保育及び 看護することが現時点では可能であると考えられますので、下記のとおり連絡いたします。	
（医療機関）	
所在地	
名称	
電話番号	
診断医師名 ⑩	
保育上注意すること	
その他留意事項	

※ 病後児保育の目安はありますが、先生（担当医師）の判断でご記入をお願いします。

～ 保護者の皆さまへ～

病後児の判断は、担当医師にお任せください。