

米子市の施設（ペアーズデイサービス、病児保育室ペンギンハウス、病児保育かるがも）の利用を希望される場合この様式は利用できません。当該施設を付設する病院等の医師による確認等を受けていただく必要があります。

病 状 連 絡 票

年 月 日

境港市長 様

住 所

保護者名

病児等保育の申し込みを行う児童の症状は、次のとおりです。

児 童 名		生年月日		年 月 日 生											
入 く だ さ い。 ） 師 に 確 認 の う え ご 記 ● 主 な 病 名 ・ 病 状 （ 医 ）	01 感冒・感冒様症候群	07 結膜炎（流角結合）	14 インフルエンザ	<病名不明のとき>											
	02 咽頭・扁桃炎	08 突発性発疹	15 ヘルパンギーナ			20 発熱									
	03 気管支炎・肺炎	09 手足口病	16 マイコプラズマ肺炎			21 下痢									
	04 喘息・喘息様気管支炎	10 伝染性紅斑（りんご病）	17 RSウイルス感染症			22 嘔吐									
	05 感染性胃腸炎 (ウイルス名)	11 流行性耳下腺炎	18 溶連菌感染症			23 発疹									
	06 中耳炎	12 水痘（水ぼうそう）	19 その他()												
13 風しん															
今朝(時 分)の体温		度 分	発 症 日	月 日											
受 診 医 療 機 関 名			受 診 日	月 日											
●既往歴 風しん 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 水痘（水ぼうそう） 突発性発疹 肺炎 喘息 中耳炎 川崎病 アトピー性皮膚炎 けいれん その他（ ）															
●予防接種歴															
	2 か 月	3 か 月	4 か 月	5 か 月	6 か 月	7 か 月	8 か 月	9 か 月	1 2 か 月	1 5 か 月	1 8 か 月	2 歳	3 歳	4 歳	5 歳
Hib（ヒブ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						
肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						
四種混合		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
BCG				<input type="checkbox"/>											
B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>									
ロタ ウイルス	(2回接種)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
	(3回接種)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
日本脳炎	(1歳～)								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	(3歳～)								1回目	2回目		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MR(麻疹・風疹)									<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
水痘									<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
おたふくかぜ									<input type="checkbox"/>						
その他（種類及び接種時期を記入）															
●アレルギーについて															
・薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 いいえ・はい（ ）															
・食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 いいえ・はい（ ）															
「はい」の人で食事制限を受けているものがありますか。 （ ）															
そ の 他 注 意 事 項															