※　診察を受けた医療機関に記入を依頼してください。

様式第３号（第６条関係）

年　　月　　日

病院等の長　様

医療機関医師氏名　　印

利用依頼書（医療機関用）

大村市病児保育事業について、下記児童の利用を依頼します。

児童氏名		生年月日	年　　月　　日
下記の病名・症状のうち該当する番号に〇印をつけてください			
１　感冒・感冒様症候群 ２　咽頭炎 ３　扁桃炎 ４　気管支炎 ５　喘息・喘息性気管支炎 ６　胃腸炎 ７　中耳炎・外耳炎 ８　結膜炎（流角結を含む） ９　膿痂疹 １０　突発性発疹症	１１　手足口病 １２　流行性耳下腺炎 １３　麻疹 １４　水痘 １５　百日咳 １６　風疹 ２３　その他 （　　）		（病名不明のとき） １７　発熱 １８　下痢 １９　嘔吐 ２０　咳 ２１　喘鳴 ２２　発疹
安静度	１　ベッド上安静　　２　隔離室で隔離 ３　室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） ４　室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）		
食事 （昼食）	１　ミルク　２　牛乳のみ　３　離乳食（前期・中期・後期） ４　幼児食　５　下痢食　６アレルギー食（除去内容　　）		
処方内容			
備考			