

様式第4号（第10条関係）

柳川市長 様

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師氏名

印

児童名	年齢	歳	性別	男・女
-----	----	---	----	-----

傷病名 ※該当する病名、病状に“レ”チェックをお願いします。
<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 消化不良 <input type="checkbox"/> 自家中毒 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他()
《病名不明のとき》 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹
目的 柳川市乳幼児健康支援一時預かり事業に対する情報提供
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過（柳川市乳幼児健康支援一時預かり事業の利用は概ね何日程度必要ですか？） 1 3日程度 2 1週間程度 3 その他(日位)
現在の処方 安静度 1 ベッド上 安静 2 室内安静（ベッドでの生活が主、静かな遊びは可） 3 室内保育 4 安静室で隔離
備考

