



27大教字第564号
平成27年6月19日

小郡三井医師会
会長 廣瀬 真恵 様

大刀洗町長 安丸 国勝
(子ども課子育て支援係)



大刀洗町病後児保育事業に係る病状連絡票作成の委託について

貴会におかれましては、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

また、平素より本町の保健福祉行政の推進につきましてご協力いただき、感謝申し上げます。

平成23年10月より開始いたしました病後児保育事業も3年を経過しております。平成27年度は、対象児童を小学校6年生までとし、より充実した子育てと仕事を両立する支援策をめざしています。

下記の要領で病後児保育事業を実施いたしますので、病後児連絡票の作成へのご協力をよろしくお願いいたします。

記

- 1 対象児童 生後約3ヶ月～小学校6年生まで
(勤務地が町内の保護者の児童含む)
日常的な疾患(風邪、中耳炎、やけど、骨折等)で
病気の状態が安定しているが、集団生活が困難な児童
- 2 利用時間 午前8時から午後6時(日曜・祝日・12/29～1/3を除く)
- 3 実施場所 三井郡大刀洗町大字本郷899番地3
(本郷保育園となり)
- 4 病状連絡票作成委託料 1件2,700円(うち消費税200円)
- 5 請求方法 様式第4号(大刀洗町病後児保育事業病状連絡票作成費請求書)
に様式第2号(大刀洗町病後児保育事業病状連絡票)写しを添付
し、翌月10日までに請求してください。

<問合せ先>

〒830-1298 三井郡大刀洗町大字富多819

大刀洗町教育委員会

子ども課子育て支援係 野瀬

TEL 0942-77-6205 FAX 0942-77-2720

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 白石恒明
会長 廣瀬真恵

上記病状連絡票の作成につきましては、ご協力をお願いいたします。連絡票は親御さんが
持ってこられることにはなっております。不明の場合は子育て支援係へお願いします。

様式第2号(第7条関係)

大刀洗町長 様

大刀洗町病後児保育事業病状連絡票

児童氏名		生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)	男・女
------	--	------	-------------------	-----

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿か疹	(病気不明のとき)	
	02 咽頭炎	12 突発性発疹	21 発熱	
	03 扁桃腺炎	13 手足口病	22 下痢	
	04 気管支炎	14 伝染性紅斑	23 嘔吐	
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	24 咳そう	
	06 消化不良	16 麻疹	25 喘鳴	
	07 感冒性嘔吐症	17 水痘	26 発疹	
	08 自家中毒	18 百日咳		
	09 中耳炎・外耳炎	19 風疹		
	10 結膜炎 (流角結を含む)	20 その他 (		
診療形態	1外来 2往診 3入院 (年 月 日～ 年 月 日)			
発症月日	年 月 日	初診月日	年 月 日	
初発/再発	1初発 2再発(年 月 日)			
病状・既往歴・治療状況				
現在の処方				
安静度 ☐ ベット上安静 ☐ 室内安静(ベットでの生活が主、静かな遊びは可)				
☐ 室内保育 ☐ 安静室で隔離				
保育上の留意事項				
☐ 特になし				
☐ 食事 ()				
☐ 特異体質など ()				
☐ その他 ()				

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

医師氏名

印

事務処理欄	連絡票作成費請求日(. .)	入金確認欄 (. .)
-------	------------------	---------------

様式第4号（第9条関係）

大刀洗町病後児保育事業病状連絡票作成費請求書

(作成月) 年 月分

請求額 ¥

連絡票作成

作成数_____件×2,700 円（うち消費税 200 円）＝_____円

年 月 日

住所

名 称

代表者 _____ 印

大刀洗町長 様

振込先	金融機関	銀行	支店
	種類：番号	当座・普通	
	(フリガナ)		
	口座名義人		

*添付書類（作成した病状連絡票の写し）