

## 病後児保育 医師確認書

学校法人 稲門学園

認定こども園 エンゼルススポーツ幼稚園 あて

児童の状態が病児・病後児保育が可能であることを、かかりつけ医師にご確認いただきたく、以下の事柄について記載願います。

児 童 氏 名	生年月日 年 月 日 ( 男・女 )														
病名もしくは状態	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">&lt;病名&gt;</td> <td style="width: 50%; border: none;">&lt;状態&gt;</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">01.発熱      07.その他</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">02.下痢</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">03.嘔吐</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">04.喘鳴</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">05.咳嗽</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">06.発疹</td> </tr> </table>	<病名>	<状態>		01.発熱      07.その他		02.下痢		03.嘔吐		04.喘鳴		05.咳嗽		06.発疹
<病名>	<状態>														
	01.発熱      07.その他														
	02.下痢														
	03.嘔吐														
	04.喘鳴														
	05.咳嗽														
	06.発疹														
食 事	通常通り・やや少ない・少ない・ほとんど摂れず														
水分摂取	通常通り・やや少ない・少ない・ほとんど摂れず														
睡 眠	通常通り・やや少ない・少ない・ほとんど取れず														
安静必要度 番号に○	01.隔離室で隔離（空気感染は受入不可） 02.室内安静 03.室内保育														
特記事項															
次回診療予定日	令和 年 月 日														

令和 年 月 日

医療機関  
所在地  
電話番号  
医師名

印

年度 病後児保育利用登録申請書

ふりがな 乳幼児名			在園名	保育園 幼稚園	歳児クラス
生年月日			愛称		
住所			自宅電話 番号		
緊急連絡先	父	氏名		携帯電話番号等:	
		勤務先		勤務先電話番号等:	
	母	氏名		携帯電話番号等:	
		勤務先		勤務先電話番号等:	
	他			電話番号:	
かかりつけ医療機関			電話番号:		
アレルギー体質の有無 無 ・ 有 (詳細: )					
注意してほしい問題点					
既往歴(これまでににかかった病気すべてに○を付けて下さい)					
・突発性発疹		・麻疹(はしか)		・水痘(水ぼうそう)	
・風疹(三日ばしか)		・咽頭結膜炎(プール熱)		・流行性耳下腺炎	
・ヘルパンギーナ(夏風邪)		・百日咳		・手足口病	
・伝染性紅斑(りんご病)		・熱性けいれん		・川崎病	
・異型肺炎		・結核		・喘息	
・溶連菌感染症		・アトピー性皮膚炎		・食物アレルギー	
・その他					
予防接種(これまでに受けたすべてに○を付けて下さい。)					
・ポリオ	1回目		・ツベルクリン、BCG		・インフルエンザ
	2回目		・麻疹(はしか)		・風疹(三日ばしか)
・三種混合	1回目	2回目	・流行性耳下腺炎(おたふく)		・水痘(水ぼうそう)
	2回目	追加	・その他		

このたび私は、病後児保育室利用連絡票の事由により子どもを保育室に預けますが、  
病状が急変した場合は、園長の判断で、専門医等の受診をされる事を承諾いたします。

年 月 日

保護者氏名

印

住所

電話番号

# 病後児保育連絡票

学校法人 稲門学園

認定こども園 エンゼルススポーツ幼稚園

年 月 日

(保護者)

様

お子さんの名前	男 女	生年月日	年 月 日
病名	症状 ( ○ 印 )		1 嘔吐                      2 下痢
注意事項			3 発熱                      4 喘息
			5 咳
隔離の必要 有 ・ 無			その他の症状
食事に関する留意点	内容		
薬 剤 に 関 する 情 報	処方された日	年 月 日	
	薬の内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・かぜ薬・外用薬・その他( )	
	投薬時間	午前・午後 時 分 又は、食事(おやつ)の 分前・ 分後	
		その他具体的に ( )	
	・外用薬などの使用		
・その他の注意事項			
<p>本児童は、 年 月 日の診察において、土浦市病後児保育事業 に 規定する状態にあることを連絡します。</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 ( ) _____ 医師署名 _____ (印)</p> <p>緊急時の連絡先 可 ・ 不可 電話番号 ( )</p>			