

病児・病後児保育連絡書 兼診断書

あいりんく保育園

(保護者記入欄)

患者氏名		性別	男 ・ 女
患者生年月日	年 月 日	年齢	才 ヶ月
保護者氏名		連絡先	

医師の診察及び説明を受けた上で、病後児保育の利用を申し込みます。

(診断医師記入欄)

病名・症状	<input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 喘息、喘息を伴う気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 外傷・熱傷 <input type="checkbox"/> 風邪諸症状 <input type="checkbox"/> 発熱・下痢・嘔吐・ <input type="checkbox"/> 咳・喘鳴・発疹・ <input type="checkbox"/> その他：	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 軽症胃腸炎()
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 重症アデノウイルス感染症 (プール熱・流行り目) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス </div>	

※点線内は医師の判断が出てから利用可能

保育中に関わる処方・処置の指示

処方	処置指示

医療機関名 電話番号 医師名
記入日 年 月 日