

※印は保護者記入

※ふりがな		※生年月日
※児童氏名	(男・女)	年 月 日生(歳)
子どもの病状急変の場合、病児・病後児保育事業実施施設と連携し、保護者の責任のもとで適切に対応します。		
※保護者氏名		

事業を利用するとき、この意見書を医療機関で記入してもらい、申請書に添付して提出してください。

これより下記は医療機関で記入してください。(病名、症状は□にレ印をお願いします。)

疾 病 等			病 状
☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 麻疹 ☐ 水痘 ☐ 百日咳 ☐ インフルエンザ(A型・B型) ☐ RSウイルス感染症 ☐ 単純疱疹 ☐ 帯状疱疹	☐ 感染症候群 ☐ 感冒性嘔吐症 ☐ 感染性胃腸炎(細菌性) ☐ 感染性胃腸炎 (ウイルス性:) ☐ 溶連菌感染症 ☐ アデノウイルス感染症 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 突発性発疹 ☐ 手足口病 ☐ 伝染性紅斑(りんご病)	☐ 咽頭炎・扁桃炎 ☐ 気管支炎 ☐ 気管支喘息 ☐ 喘息性気管支炎 ☐ 中耳炎・外耳炎 ☐ 結膜炎(流角結を含む) ☐ 膿痂疹 ☐ 外傷 ☐ その他 []	☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ 鼻汁 ☐ その他 []
医 師 か ら の 意 見	連絡事項		
上記の症状・ 病名における 病児・病後児 保育事業実施 施設の対応に ついて	安 静 度	☐ ベッド上安静 ☐ 室内安静 ☐ 隔離室で隔離 ☐ 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
	飲 食	☐ ミルク ☐ お茶 ☐ 湯冷まし ☐ 果汁 ☐ イオン飲料 ☐ おかゆ ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ その他()	
	投 薬 等	☐ 朝(自宅) ☐ 昼 ☐ 食間 ☐ 夕(自宅) ☐ 飲み薬(粉・水薬)(抗菌剤・整腸剤・鎮咳剤・その他) ☐ 貼り薬 ☐ 軟膏 ☐ その他() ☐ 吸引・吸入の必要性	
診察日(年 月 日) ☐ ① 病児・病後児保育事業の利用ができる。 ☐ ② 病児・病後児保育事業の利用はできない。 医療機関名 医師名 住 所 電話			