

お子様の氏名(ふりがな)		生年月日		年齢		性別	
		年 月 日		歳 か月		男・女	
保護者氏名		職員番号		配属		内線番号	
		K O					
内服がある場合		<input type="checkbox"/> お任せします		<input type="checkbox"/> 私を呼んでください			
坐薬がある場合		<input type="checkbox"/> お任せします		<input type="checkbox"/> 私を呼んでください			
食物アレルギーがある場合		原因食物【 <input type="checkbox"/> 給食でお任せします → 但し要望( ) <input type="checkbox"/> 昼食やおやつを持参します ※給食はアレルギー 除去食にはなりません					
利用許可日 (保育士が記入)		/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )	/ ( )

※医師により受け入れが不可能と判断された場合は、お子様はお受けできません。

(以下、医師が記入)

臨床診断名

A) 隔離が必要な感染症

1. 麻疹(はしか)
2. インフルエンザ
3. 風疹
4. 水痘(みずぼうそう)
5. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
6. 結核
7. 咽頭結膜熱(プール熱)
8. 流行性角結膜炎
9. 百日咳
10. 腸管出血性大腸菌(O157, O6, O111など)
11. 急性出血性結膜炎
12. 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎)

B) 条件により隔離が必要(隔離必要の有無は病児保育で判断)

1. 溶連菌感染症
2. マイコプラズマ肺炎
3. 手足口病
4. 伝染性紅斑(りんご病)
5. 急性胃腸炎
6. ヘルパンギーナ
7. RSウイルス感染症
8. 帯状疱疹
9. 突発性発疹

C) その他(原則隔離不要)(C)では医師は必ず下に臨床診断名を記入)

( )

※C)の疾患で隔離が必要な場合は下記にその旨(できれば理由も)記入

( )

昼食	要	-----					不要
	・ 離乳食【	初期 A	初期 B	中期	後期 A	後期 B	完了期】
	・ 幼児食【	A	B	全粥食	五分粥食	三分粥食	流動食】
	・ 常食 A (間食付き)						※アレルギー除去食の対応は行えません。

処方内容 指示など	
--------------	--

病児保育室の利用 可 ・ 不可

連続利用の場合

1. 毎朝、入室前の診察が必要
2. 状態に変化がなければ診察不要  3日間  
 5日間(水痘・おたふく・麻疹・風疹・インフルエンザの場合)

※ただし、看護師・保育士が、必要と判断する場合は診察が必要

病児保育室の利用にあたって、上記の点について連絡します。

年 月 日

担当医師名