

病児・病後児保育利用に関する診断書

長 あて

【保護者記入欄】

(フリガナ)					
児童氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日	
住所					
電話番号	(フリガナ)	保護者氏名			

医師より下記の診断を受けた上で、病児・病後児保育の利用を申込みます。

保護者名 _____

【医療機関記入欄】

上記児童について、該当するものに☑し、必要事項を記入してください。

病名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群	<input type="checkbox"/> 咽頭炎	<input type="checkbox"/> 扁桃炎		
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	<input type="checkbox"/> 気管支喘息		<input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎	
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
症状	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 咳嗽	<input type="checkbox"/> 喘鳴
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
安静度	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育室での保育が可能				
	<input type="checkbox"/> 隔離室での個別保育が必要				
飲食	<input type="checkbox"/> 普通食				
	<input type="checkbox"/> 病児食 (お粥・雑炊・軟麺 等)				
	<input type="checkbox"/> 離乳食		<input type="checkbox"/> ミルク		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 ()				
	<input type="checkbox"/> 無				
熱性けいれんの既往	<input type="checkbox"/> 有				
	(1回目 年 月 日 ・ 2回目 年 月 日 ・ 3回目 年 月 日)				
	<input type="checkbox"/> 無				
処方	<input type="checkbox"/> 有 *お薬手帳で処方内容確認				
	<input type="checkbox"/> 無				
連絡事項					

診断の結果、入院の必要はないが、集団保育は困難であると判断し、病児・病後児保育の利用を認めます。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

電話番号

Ⓔ