

病児・病後児保育利用意見書

聖さくら学院インターナショナルプレスクール 宛

年 月 日

名称

医師名

印

病児(急性期・回復期)のある児童が、聖さくら学院インターナショナルプレスクールを利用するにあたり次のとおり診療情報を提供いたします。

※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)	
※住所		※電話番号	
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。 ※保護者署名			

これより下は医療機関で記入して下さい。病名・病状の番号に○をお願いします。

疾病等			症状
1. 急性上気道炎 2. 咽頭炎・扁桃炎 3. 気管支炎 4. 気管支喘息 5. 喘息性気管支炎 6. 肺炎 7. マイコプラズマ感染症	8. 中耳炎・外耳炎 9. RSウイルス感染症 10. アデノウイルス感染症 11. 帯状疱疹 12. インフルエンザ (解熱後学童は2日、 乳幼児は3日経過した後)	13. 感染性胃腸炎 14. 溶連菌感染症 15. ヘルパンギーナ 16. 突発性発疹 17. 手足口病 18. 膿痂疹(とびひ) 19. 外傷 20. その他 ()	<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"/> 発疹

<連絡事項>

医師からの意見	安静度	<input type="checkbox"/> 一般(他児と同室でよい) <input type="checkbox"/> 緩やかな隔離 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 安静(ベッド上、布団上) <input type="checkbox"/> 室内安静(ベッド、布団上が主、静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(室内で普通に遊んでよい)
	食事	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 水分指示() <input type="checkbox"/> その他の指示()
	投薬など	<input type="checkbox"/> 朝(自宅) <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 夕(自宅) <input type="checkbox"/> 飲み薬(粉・水薬) (抗菌剤・整腸剤・鎮痛剤・その他) <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> ダイアアップ(度以上) <input type="checkbox"/> 吸引・吸入の必要性 <input type="checkbox"/> その他()

この意見書の有効期限(年 月 日)

※発行日を含めて7日間有効です。但し3日間症状が回復に向かわなければ再受診をお願いすることもあります。

保育中の急変時(頻回の嘔吐、下痢など)は、迎えを要請すると共に医師との連携で、応急処置に努めます。