

病後児保育室利用申請書（保護者記入）

病後児保育用書類②

令和 年 月 日

乳幼児名

(男・女)

保護者氏名

印

住所

診察の結果、下記の病気の回復期にある為、集団生活や家庭での保育が出来ない時期、病後児保育室の利用を申請します。

今回の体調不良で、受診した月日、診察を受けた医療機関名、連絡先を記入してください。

受診月日	令和 年 月 日
医療機関名	TEL

受診した際の『明細書』のコピーを裏面に添付してください。

（投薬がある場合の『薬の説明書』を添付していれば、明細書は必要ありません）

該当する病名・症状に○印をお願いします。

- | | | |
|---------------|-------------|----------|
| 1. インフルエンザ | 11. 伝染性膿痂疹 | 〈病名不明の時〉 |
| 2. 咽頭炎 | 12. 突発性発疹症 | 20. 発熱 |
| 3. 扁桃腺炎 | 13. 手足口病 | 21. 下痢 |
| 4. 気管支炎・肺炎 | 14. 伝染性紅斑 | 22. 嘔吐 |
| 5. 哮息・喘息性気管支炎 | 15. 流行性耳下腺炎 | 23. 咳嗽 |
| 6. 消化不良 | 16. 麻疹 | 24. 喘鳴 |
| 7. 感冒性嘔吐下痢 | 17. 水痘 | 25. 発疹 |
| 8. 自家中毒 | 18. 百日咳 | 26. その他 |
| 9. 中耳炎・外耳炎 | 19. 風疹 | |
| 10. 溶連菌感染症 | | |

病後児保育室利用見込み期間（回復期間）

本日より

日間程度

病後児保育中の投薬の有無

有・無

投薬がある場合は、調剤薬局から発行される『薬の説明書』のコピーを裏面に添付してください。

食事は下記の内容でお願いします。（希望する食事に○をしてください）

食事	普段、アレルギー食摂取していますか？ いいえ・はい（除去内容）
	普通食・胃腸食・離乳食（前期・中期・後期）・ミルクのみ 留意点：無・有（）

現在の状況に当てはまる項目に○をしてください。

行動	首すわる・寝返り・ハイハイ・伝い歩き・歩行自由
排泄	トイレ・オムツ

疾患の経過について記入をお願いします。

症状はいつ頃から始まり、どのように経過し現在に至っていますか？

病後児室を利用するにあたり、医師から、ご家庭からで保育上留意しなければならない事があればご記入ください。（安静・食事・処置・特異体質等）

※上記の内容に記入もれのないようにおい致します。

※投薬は医師が処方した薬に限ります。必ず『薬の説明書』をコピーし裏面に添付してください。

