

病児保育利用に関する診断書

長

【保護者記入欄】

(フリガナ)		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
児童氏名					
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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咳嗽	<input type="checkbox"/> 喘鳴
安静度	<input type="checkbox"/> ベット上安静	<input type="checkbox"/> 室内安静	<input type="checkbox"/> 隔離室で隔離
	<input type="checkbox"/> 室内保育 (他の児童と室内で遊んでよい)		
飲食	<input type="checkbox"/> ミルク	<input type="checkbox"/> おかゆ	<input type="checkbox"/> 離乳食 ()
	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> アレルギー ()
熱性けいれんの既往	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	(1回目 年 月 日 時・2回目 年 月 日 時・3回目 年 月 日 時)		
処方内容の確認	<input type="checkbox"/> くすり手帳 <input type="checkbox"/> 説明書 (薬局より発行)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
連絡事項			

上記児童は、 年 月 日から 年 月 日の間、入院の必要がないと診断します。

年 月 日

所在地

医療機関名

医師名

電話番号

㊞