

様式第3号(第5条関係)

病児保育事業(共同分)利用に関する診断書

長

【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 (歳)
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

印

【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"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 扁桃炎 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴
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 <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	<input type="checkbox"/> 有 ※お薬手帳で処方内容確認 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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

印

電話番号