様式第２号（第10条関係）

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