

(あて先) だいとう SAKURA 保育園 園長
【大東市赤井 1-3-33・072-396-9097】

年 月 日

医療機関所在地

電話

医師名

※署名又は記名押印

次の児童が、~~一病児~~ 病後児保育の利用を申し込むに当たり、次のとおり診療情報を提供いたします。

【保護者記入欄】※太線枠内は保護者が記入してください。

(フリガナ) 氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	(歳 月)	
住 所			
保護者名		連絡先	
病児保育室への連絡事項(アレルギー食等)			

【医療機関記入欄】※該当項目に○を付けてください。

病 名	1 感冒・感冒症候群	※以下の疾患については、他のお子様への「感染期」を経過した状態	
	2 上気道炎		
	3 気管支炎		
	4 感染性胃腸炎(嘔吐・下痢)	1 麻疹	6 咽頭結膜熱
	5 中耳炎・外耳炎	2 水痘	7 百日咳
	6 喘息・喘息様気管支炎	3 風疹	
	7 骨折等の外傷性疾患 ()	4 インフルエンザ	
		5 流行性耳下腺炎	
8 その他 ()			
病 状	1 急性期(発熱等)	2 回復期(解熱・微熱等)	
主な症状	1 発熱	2 下痢	3 嘔吐 4 咳嗽
	5 喘鳴	6 発疹	7 その他 ()
食事に関する 特別な指示	1 なし 2 あり ミルクのみ ・ 離乳食 (前期 ・ 中期 ・ 後期) ・ 幼児食 アレルギー食(除去内容) その他 ()		
熱性けいれん に係る既往歴 および指示	【既往】 1 なし 2 あり ・回数 (回) ・最終 (年 月 日)		
	【抗けいれん剤の使用】 1 使用しない 2 使用する (℃以上 薬品名 :)		
薬の処方	1 なし 2 あり () ※薬剤アレルギーの有無 1 なし 2 あり () ※薬が処方されている場合は、薬剤情報書等の添付または内容を記載して下さい。		
安静度	1 一病児 ・病後児保育室での集団保育が可能 2 隔離室での保育が必要		
利用期間	日間程度 (※記入日を含めて最大7日間)		
その他注意事項			