

保護者記入欄 (利用施設に○)		亀久保ひまわり保育園 (病児保育)
		ふじみのかぴら保育園 (病児保育)
		えと病児保育室 (病児保育)
		病児保育室すこやか (病児保育)
		針ヶ谷保育園 (病後児保育)

様式第3号(第9条関係)

病児及び病後児保育事業児童状況書

児童氏名	住所	生年月日

医師の確認欄

1 病名及び現在の症状(病名・病状に○印)

病名	1上気道炎	14ヘルパンギーナ	現在の症状(急性期を過ぎているもの)	1なし
	2気管支炎	15伝染性紅斑		2発熱
	3気管支喘息	16流行性耳下腺炎		3下痢
	4肺炎	17麻疹		4嘔吐
	5急性胃腸炎	18風疹・風疹様症候群		5咳
	6感染性胃腸炎	19溶連菌感染症		6喘鳴(ぜんめい)
	7周期性嘔吐症	20百日咳		7発疹
	8中耳炎・外耳道炎	21インフルエンザ (A型・B型・不明)		8外傷・骨折
	9結膜炎(流行性角膜 炎を含む。)	22咽頭結膜炎 (アデノウイルス感染症)		9その他
	10水痘	23その他		
	11膿痂疹			
	12突発性発疹症			
	13手足口病			

2 安静度

<input type="checkbox"/> ベッドの上で静かに過ごすことができる。	<input type="checkbox"/> 感染する可能性がある。
<input type="checkbox"/> 安静室で過ごすこと(ベッドの生活が主・静かな遊び可)ができる。	
<input type="checkbox"/> 室内でなら、ほかの児童と静かに遊ぶこともできる。	<input type="checkbox"/> 隔離が必要。

3 投薬の有無等

<input type="checkbox"/> 飲み薬(水薬・散剤・錠剤・カプセル)	<input type="checkbox"/> 塗り薬(薬剤名)
<input type="checkbox"/> その他の薬(薬剤名)	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギーが有る。

4 既往歴・特記事項

既往歴	<input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん(回)			
	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()			
特記事項	保育上留意すべき事項()			
	下痢食(要・不要)	食物アレルギー(除去内容)		

(宛先)実施施設長

児童の状況は上記のとおりです。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名 印

電話番号