

病児保育室利用申込書

□申込にあたり、下記医師連絡票は同症状のみ受診日より5日間有効であり、6日目以降は無効であることを理解の上、病児保育室利用を申込みます。

申込者名記入欄			
申込日	令和 年 月 日	年齢	歳 カ月
申込者名		フリガナ	
		児童名	
利用理由	1、保護者勤務の為 2、保護者の傷病 3、その他 ()		
同意事項			
1、利用の際は、実施施設の指示を遵守すること。 2、病状の変調がある為一度の申込において、連続利用の申込をせず、利用日ごとに予約すること。 3、容態急変等緊急の場合には、緊急連絡先に連絡をしますので、保護者で医師の診察を受けること。 4、実施施設は、細心の注意をもって保育を行うが、保育室内で乳幼児又は児童同士で感染が起こった場合は、当該施設は責任を負わないこと。			

保育園併設病児保育室利用に際し、下記についてご記入ご協力お願い申し上げます。

医師連絡票			
受診年月日	令和 年 月 日		
病名・症状 番号に○	1 感冒・感冒症候群	10 突発性発疹症	病名不明の時 19 発熱 20 下痢 21 嘔吐 22 咳 23 喘鳴 24 発疹 25 その他
	2 咽頭炎	11 手足口病	
	3 扁桃腺	12 流行性耳下腺炎	
	4 気管支炎	13 インフルエンザ	
	5 喘息・喘息性気管支炎	14 RSウイルス感染症	
	6 感染性腸炎	15 風疹	
	7 中耳炎・外耳炎	16 水痘	
	8 結膜炎（流行性）	17 百日咳	
	9 伝染性膿痂疹 (※重症例に限る)	18 その他 ()	
	病 状	1 急性期（発熱等）	
安 静 度	1、ベット安静 2、隔離室で隔離 3、室内安静（ベットでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4、室内保育（他児と室内で普通に遊んでもよい）		
特 記 事 項			
医療機関名			
所在地			
連絡先			
医師名			