

様式第 3 号

病児・病後児保育意見書

瑞浪市長 様

病気の治療中又は病気の回復期にあたる児童が、瑞浪市病児・病後児保育を利用するにあたり、次のとおり情報を提供します。

年 月 日

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月 日	年 月 日生 (歳 月)
住 所 電 話	()	保護者 氏 名		
保護者の 同意確認	情報を、瑞浪市及び病児・病後児保育実施施設に提供することに同意します。 署名 (自書)			
病 名 (番号に○)	病名等 (該当するものに○)			
	1 感冒・感冒様症候咽喉頭炎 2 インフルエンザ 3 気管支炎			
	4 肺炎 5 喘息 6 喘息様気管支炎			
	7 扁桃腺炎 8 クループ 9 感染性胃腸炎			
	10 手足口病 11 麻疹 (はしか) 12 水痘 (水ぼうそう)			
	13 結膜炎 (流角膜を含む) 14 伝染性膿痂疹 (とびひ)			
	15 溶連菌感染症 16 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			
	17 咽頭結膜熱 18 ヘルパンギーナ 19 川崎病			
	20 中耳炎 21 尿路感染症			
	22 その他 ()			
病 状 (番号に○)	1 治療中 2 回復期			
安 静 度 (番号に○)	1 ベット上安静 2 室内安静 (別途の生活が主、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)			
薬剤の処方	1 なし 2 あり (薬剤名) (与薬の方法)			
配慮を要 する事項				
本児童は、病児・病後児保育事業を利用することに差し支えありません。 所在地 TEL 医療機関名 医師名 印				

※太枠内は保護者の方が記入してください。