

年 月 日

病児・病後児保育事業の利用にあたり、必要な情報について下記の通り提供します。

児童氏名	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年 月 日
			<input type="checkbox"/> 女		歳 月 日
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎（咽頭炎、扁桃炎含む） <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 単純疱疹、口唇ヘルペス <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ） <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 溶連菌 <input type="checkbox"/> パラインフルエンザ		<div style="border: 2px solid red; border-radius: 20px; padding: 10px;"> <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> インフルエンザA型 <input type="checkbox"/> インフルエンザB型 <input type="checkbox"/> インフルエンザ型不明 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 </div>		
			<p style="color: red;">桜ヶ丘につく保育園では受け入れできません</p> <input type="checkbox"/> その他（ ）		
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳を参照する <input type="checkbox"/> 以下の記載を参照する				
その他留意事項					

診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます

医療機関名

電話番号

診断医師名

