

八尾市病児保育事業 意見書

* 印は保護者記入

* ふりがな		* 生年月日
* 児童 氏名	(男・女)	年 月 日生 (歳)
子どもの病状急変の場合、病児保育事業実施施設と連携し、保護者の責任のもとで適切に対応します。		
* 保護者氏名		

病児保育事業を利用する時、この意見書を医療機関で記入してもらい、利用する施設に提出してください。

これより下記は医療機関で記入して下さい。病名、症状は☐印でお願いします。

疾 病 等		(発症日 年 月 日)	症 状
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(A型・B型) <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 感冒症候群 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (細菌性・ウイルス性) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・気管支喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結以外) <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> その他 []	<検査結果> ・インフルエンザ A (+ -) B (+ -) ・マイコプラズマ (+ -) ・ヒトメタニューモウイルス (+ -) ・便(迅速) ロタウイルス (+ -) ノロウイルス (+ -) アデノウイルス (+ -)	<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"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> その他 []
事業 上 業 実 施 施 設 の 対 応 に つ い て 医 師 か ら の 意 見	経過		
	飲食	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食(初期・中期・後期) <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> その他 () * 指示事項(アレルギー等) ()	
	投薬等	<input type="checkbox"/> 処方あり <input type="checkbox"/> 処方なし <処方ありの場合> <input type="checkbox"/> 朝(自宅) <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 夕(自宅) (処方薬:)	
	この意見書の有効期限 (年 月 日)		

診察日 (年 月 日)
現時点では、入院の必要性はなく、病児保育事業の利用が可能であることを認めます。

医療機関名

医師名

印

住所

電話

保育中の急変時(頻回の嘔吐、下痢など)は、迎えを要請すると共に医師との連携で応急処置に努めること。