

病後児利用申込書・承諾書

年 月 日

みどりが丘保育園園長 様

住所
保護者氏名 印
電話番号

病後児保育の利用にあたり下記の通り申込み致します。

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------|-------|--------------|-------|---------|
| 利用児氏名 | | | | 登録番号 | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | 年齢 歳 ヶ月 |
| 緊急連絡先 | ① | 名前(続柄) | 電話番号 | 勤務先・携帯・その他(| | |
| | ② | 名前(続柄) | 電話番号 | 勤務先・携帯・その他(| | |
| 診断内容記入欄 | | | | | | |
| ◎病後児保育利用あたり受診した医師の診断結果は、以下の通りです。 | | | | | | |
| 受診日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| 受診した医療機関 | | | | | | |
| 病名 | | | | 入院の有無 | 有・無 | |
| 症状 | | | | 利用日 当日の体温 | ℃ | |
| 注意点 | ※安静度や食事など | | | | | |
| 治療経過 | 処方された薬の有無(有 ・ 無) | | | | | |
| 利用予定日 時間 | ① | / () | : ~ : | ② | / () | : ~ : |
| | ③ | / () | : ~ : | ④ | / () | : ~ : |
| | ⑤ | / () | : ~ : | ⑥ | / () | : ~ : |
| | ⑦ | / () | : ~ : | | | |
| 承諾書 | | | | | | |
| 1. 体調が急変した際は、保護者の方へご連絡致しますので速やかにお迎えをお願い致します。 | | | | | | |
| 2. この用紙に記載された以外の症状がある場合、または、発症した場合は、お預かりすることが出来ません。 | | | | | | |
| 3. 緊急時、連絡がつかない場合は、こちらの判断により病院へ連れて行く場合があります。 | | | | | | |
| 上記1～3の内容を承諾致します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 () | | | | | | |
| 保護者氏名 印 | | | | | | |
| 園記入欄 【利用日】 | ① | / () | : ~ : | ② | / () | : ~ : |
| | ③ | / () | : ~ : | ④ | / () | : ~ : |
| | ⑤ | / () | : ~ : | ⑥ | / () | : ~ : |
| | ⑦ | / () | : ~ : | 利用日数計 日 | | |

登園許可証 (医師記入)

みどりが丘保育園 園長 殿

組

園児名

| 疾患名 該当欄に☑をお願いします | 登園のめやす |
|-------------------------------------|---|
| 麻疹 | 解熱後3日を経過していること |
| インフルエンザ | 発症した後5日経過し、かつ解熱した後3日経過していること |
| 風しん | 発しんが消失していること |
| 水痘 (水ぼうそう) | すべての発しんが痂痂 (かさぶた) 化していること |
| 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日経過し、かつ全身状態が良好になっていること |
| 結核 | 医師により感染の恐れがないと認められていること |
| 咽頭結膜熱 (プール熱) | 発熱、充血等の主な症状が消失した後2日経過していること |
| 流行性角結膜熱 | 結膜炎の症状が消失していること |
| 百日咳 | 特有の咳が消失していること又は適正な抗菌性物質製剤による5日間の治療が終了していること |
| 腸管出血性大腸菌感染症 (O-157、O-26、O-111 等) | 医師により感染の恐れがないと認められていること (無症状病原体保有者の場合、2回以上連続で便から菌が検出されなければ登園可能) |
| 急性出血性結膜炎 | 医師により感染の恐れがないと認められていること |
| 髄膜炎菌性髄膜炎 | 医師により感染の恐れがないと認められていること |
| その他 () | |

上記の疾患で令和 年 月 日から症状がみられ療養していましたが、主症状が消失し他児への感染のおそれもなく、集団生活に支障がない状態まで回復していると思われますので、令和 年 月 日から登園可能と判断します。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

※かかりつけ医の皆さまへ

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。感染力のある期間に配慮し、子どもの健康回復状態が集団での保育園生活が可能となる状態となつてからの登園であるようご配慮ください。

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際には、この「登園許可証」を保育園に提出して下さい。

登園届 (保護者記入)

みどりが丘保育園 園長 殿

組

園児名

| 疾患名 該当欄に☑をお願いします | 登園のめやす |
|------------------------------|-------------------------------|
| 溶連菌感染症 | 抗菌薬内服後 24～48 時間が経過していること |
| マイコプラズマ肺炎 | 発熱や激しい咳が治まっていること |
| 手足口病 | 発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく普段の食事がとれること |
| 伝染性紅斑 (りんご病) | 全身状態が良いこと |
| ウイルス性胃腸炎 (ロタ・ノロ・アデノウイルス等) | 嘔吐・下痢の症状が治まり、普段の食事がとれること |
| ヘルパンギーナ | 発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく普段の食事がとれること |
| 帯状疱疹 | すべての発疹が痂皮 (かさぶた) 化していること |
| 突発性発疹 | 解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと |
| RS ウイルス感染症 | 呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと |
| その他 () | |

令和 年 月 日より (症状) _____ があり、(医療機関名) _____
(月 日受診) において (病名) _____ と診断されましたが、他児への
感染のおそれはなく、集団生活に支障がない状態まで回復していると判断されました
ので、令和 年 月 日から登園いたします。

令和 年 月 日

保護者名

※保護者の皆さまへ

保育園は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人一人の子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。なお、保育園での集団生活に適應できる状態に回復してから登園するようご配慮ください。

与薬指示書

下記の保育所（園）児について、当院で加療中ですが、登所（園）の際は、保護者に代わり、与薬をお願いします。

保育園名： みどりが丘保育園 氏名：

病名（または症状）：

1. 薬の処方内容（該当するものに○印）

| 形 状 | 内 容 |
|------------|-----------------|
| 散（1回 袋） | 抗生物剤 咳止め 痛み止め |
| 液（シロップ CC） | 下痢止め 鼻止め 抗アレルギー |
| 錠剤（ ） | 頓服（ ） |
| その他（ ） | その他（ ） |

* 1回の与薬につき、複数種類がある場合は全ての薬について記入をお願いします。

2. 園での与薬時間（○をつけてください）

食前 食後 その他（ ）

3. 処方期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

<与薬にあたっての注意事項>

令和 年 月 日
医療機関名
住所
電話番号
担当医師氏名

印

