

年 月 日

医療機関

所在地

電話番号

FAX 番号

医師名

（医療機関の医師記入欄）※該当項目にチェックしてください。

- ☐ 病児対応型事業の利用にあたり、児童が病気の回復期にないことを次のとおり診断しました。
- ☐ 病後児対応型事業の利用にあたり、児童が病気の回復期にあることを次のとおり診断しました。

（保護者記入欄）

児 童 名		性 別	男・女
生 年 月 日	年 月 日生（満 歳）		
住 所			
保 護 者 名		連絡先	

（医療機関の医師記入欄）※該当項目にチェックしてください。

	1 回復期にある。 2 回復期ではない。
病 名	☐ 感冒・感冒症候群 ☐ 上気道炎 ☐ 気管支炎 ☐ 感冒性胃腸炎(嘔吐・下痢) ☐ 中耳炎・外耳炎 ☐ 喘息・喘息様気管支炎 ☐ 骨折等の外傷性疾患（ ） ☐ その他（ ） 次の疾患については、他のお子様に感染する可能性がある期間が経過した状態である必要があります。また、必ず登園許可書を添付してください。 ☐ 麻しん ☐ 咽頭結膜熱 ☐ 水痘 ☐ 百日咳 ☐ 風しん ☐ 結核 ☐ インフルエンザ ☐ 流行性耳下腺炎
主な症状	☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ その他（ ）
食事に関する特別な指示	☐ なし ☐ あり ☐ ミルクのみ ☐ 離乳食（前期・中期・後期） ☐ 幼児食 ☐ アレルギー食（除去内容 ） ☐ その他（ ）
薬の処方	☐ なし ☐ あり（ ） 薬剤アレルギーの有無 ☐ なし ☐ あり（ ） ※ 薬を処方する場合は、薬剤情報書等の添付又はその内容を記載してください。
その他の注意事項	

※ この文書は、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。