

あきた保育園 病後児保育事業連絡票

【保護者記入欄】

ふりがな		生年月日	(H・R)
児童氏名	男 女		年 月 日 (歳 ヶ月)
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 月 日から (今朝: °C / 最高: °C) <input type="checkbox"/> 鼻水 月 日から <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 咳 月 日から ()		
現在治療中の病気	なし・あり	常用薬	なし・あり()
既往歴 アレルギーなど	●熱性けいれん なし・あり / ●食物アレルギー あり・なし ●その他 ()		

【医療機関記入欄】

受診日	年 月 日		
診断名 (症状・検査内容等)			
令和 年 月 日 診察の結果、病気の回復期にあり感染の可能性は低いものの、 もう少し症状が落ち着くまでの期間、病後児保育が望ましいと思われます。			
保育上の留意点			
診療医療機関名 および電話番号		診断医師署名	印

医師より上記の説明を受けたうえで、あきた保育園 病後児保育事業の利用を申し込みます。
 尚、利用期間については利用児童の体調の回復状況のみで、施設と相談し決定します。

保護者氏名 _____ 印 _____