

【保護者記入欄（利用する施設に○）】

針ヶ谷保育園	病児保育室すこやか	亀久保ひまわり保育園
--------	-----------	------------

様式第3号（第8条関係）

病児・病後児保育事業児童状況書

児童氏名	住所	生年月日
		平成・令和 年 月 日

医師の確認欄

1 病名及び現在の症状（病名・病状に○印）

病名	1 上気道炎	14 ヘルパンギーナ	現在の症状（急性期を過ぎていること）	1 なし
	2 気管支炎	15 伝染性紅斑		2 発熱
	3 気管支喘息	16 流行性耳下腺炎		3 下痢
	4 肺炎	17 麻疹		4 嘔吐
	5 急性胃腸炎	18 風疹・風疹様症候群		5 咳
	6 感染性胃腸炎	19 溶連菌感染症		6 喘鳴（ぜんめい／ぜこぜこしていること）
	7 周期性嘔吐症	20 百日咳		7 発疹
	8 中耳炎・外耳道炎	21 インフルエンザ（A型・B型・不明）		8 外傷・骨折
	9 結膜炎（流行性角膜炎を含む）	22 咽頭結膜炎（アデノウイルス感染症）		9 その他
	10 水痘	23 その他（ ）		
	11 膿痂疹			
	12 突発性発疹症			
	13 手足口病			

2 安静度

<input type="checkbox"/> ベッドの上で静かに過ごすことができる。	<input type="checkbox"/> 感染する可能性がある。
<input type="checkbox"/> 安静室で過ごすこと（ベッドの生活が主・静かな遊び可）ができる。	
<input type="checkbox"/> 室内でなら、ほかの児童と静かに遊ぶこともできる。	<input type="checkbox"/> 隔離が必要。

3 投薬の有無等

<input type="checkbox"/> 飲み薬（水薬・散剤・錠剤・カプセル）	<input type="checkbox"/> 塗り薬（薬剤名）
<input type="checkbox"/> その他の薬（薬剤名）	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギーが有る。

4 既往歴・特記事項

既往歴	<input type="checkbox"/> 水痘 ・ <input type="checkbox"/> 麻疹 ・ <input type="checkbox"/> 風疹 ・ <input type="checkbox"/> 百日咳 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 熱性けいれん（ 回 ） ・ <input type="checkbox"/> 喘息 ・ <input type="checkbox"/> 不明	
特記事項	保育上留意すべき点（ ）	
	下痢食（ 要 不要 ）	食物アレルギー（除去内容）

（宛先）実施施設長 児童の状況は上記のとおりです。 令和 年 月 日 医療機関住所 医療機関名 医師名 印 電話番号	
---	--

※この書類は病児・病後児保育事業を利用するために、実施施設に提出するものです。裏面の利用基準をご覧ください。

裏面

病状等による病児・病後児保育の利用について

- ① 利用対象児童は、満1歳から小学校6年生までです。ただし、病児保育室すこやかについては、生後6か月から利用可能です。
- ② 児童の病状や感染症の種類、健康状態等によっては、実施施設の判断により、利用できない場合があります。
- ③ 麻疹については、うつる可能性のある場合は、針ヶ谷保育園病後児保育室の利用はできません。
- ④ 実施施設でのアレルギー除去食対応はしていません。
- ⑤ 病児保育室すこやかでは、給食の提供をしていません。お弁当・水筒・粉ミルク等を持参してください。

※詳しくは、実施施設にご確認ください。