

病児・病後児保育意見書

土岐市長 様

病気の治療中又は病気の回復期にあたる児童が、土岐市病児・病後児保育を利用するにあたり、次のとおり情報を提供します。

年 月 日

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年 月 日生 (歳 月)
住 所 電 話	()	保護者 氏 名		
保護者の 同意確認	情報を、土岐市及び病児・病後児保育実施施設に提供することに同意します。 署名（自書）			
病 名 (番号に○)	病名等（該当するものに○）			
	1 感冒・感冒様症候咽頭炎	2 インフルエンザ	3 気管支炎	
	4 肺炎	5 喘息	6 喘息様気管支炎	
	7 扁桃腺炎	8 クループ	9 感染性胃腸炎	
	10 手足口病	11 麻疹（はしか）	12 水痘（水ぼうそう）	
	13 結膜炎（流角膜を含む）	14 伝染性膿痂疹（とびひ）		
	15 溶連菌感染症	16 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		
	17 咽頭結膜熱	18 ヘルパンギーナ	19 川崎病	
	20 中耳炎	21 尿路感染症	22 新型コロナウィルス感染症	
	23 その他（ ）			
病 状 (番号に○)	1 治療中			
	2 回復期			
安 静 度 (番号に○)	1 ベッド上安静			
	2 室内安静（別途の生活が主、他児との静かな遊びは可）			
	3 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）			
薬剤の処方	1 なし			
	2 あり（薬剤名 (与薬の方法))
配慮を要 する事項				
本児童は、病児・病後児保育事業を利用することに差し支えありません。				
所在地		TEL		
医療機関名				
医師名		印		

※太枠内は保護者の方が記入してください。