

医療機関記入

年 月 日

(保護者記入欄)

児童名				
保護者情報	住所			
	名前		連絡先	

病名等	☐ 咽頭炎・扁桃腺炎 ☐ 手足口病 ☐ 喘息・気管支炎 ☐ 麻疹 ☐ インフルエンザ ☐ 流行性耳下腺炎 ☐ 骨折 ☐ その他（	☐ 突発性発疹 ☐ 肺炎 ☐ 伝染性紅斑 ☐ 感染性下痢症 ☐ 風疹 ☐ 結膜炎 ☐ 火傷	☐ 気管支炎 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 乳幼児下痢嘔吐症 ☐ 水痘 ☐ 中耳炎 ☐ 咽煩結膜熱 ☐ 自家中毒症
病名不明の時	☐ 発熱 ☐ 下痢 ☐ 嘔吐 ☐ 咳嗽 ☐ 喘鳴 ☐ 発疹 ☐ その他（		
安静度	☐ 別室保育（他児への感染を防ぐため隔離して保育） ☐ 室内安静（主にベッドの上で安寝。寝かせておくこと） ☐ 室内保育（室内で普通に遊んでよい）		
薬剤の処方	☐ なし ☐ あり（薬剤名 与薬の方法 ☐ 食前 ☐ 食間 ☐ 食後 ☐ 発熱時（ 度以上） ☐ その他（ ）		
配慮を要する事項			
医療機関名 _____ 所在地 _____ 担当医名 _____			