

様式第3号 (第8条関係)

病児及び病後児保育児童状況書

|      |    |      |
|------|----|------|
| 児童氏名 | 住所 | 生年月日 |
|      |    |      |

医師の確認欄

1 病名又は、かかっていた病気と現在の症状 (病名・症状に○印)

|               |            |                          |                    |                        |
|---------------|------------|--------------------------|--------------------|------------------------|
| 病名又は、かかっていた病気 | 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) | 24 なし                  |
|               | 2 気管支炎     | 15 伝染性紅斑                 |                    | 25 発熱                  |
|               | 3 気管支喘息    | 16 流行性耳下腺炎               |                    | 26 下痢                  |
|               | 4 肺炎       | 17 麻疹 (はしか)              |                    | 27 嘔吐                  |
|               | 5 急性胃腸炎    | 18 風疹・風疹様症候群             |                    | 28 咳                   |
|               | 6 感染性胃腸炎   | 19 溶連菌感染症                |                    | 29 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                   |                    | 30 発疹                  |
|               | 8 中耳炎・外耳道炎 | 21 インフルエンザ<br>(A型・B型・不明) |                    | 31 外傷・骨折               |
|               | 9 結膜炎 (※1) | 22 咽頭結膜炎<br>(アデノウイルス感染症) |                    | 32 その他                 |
|               | 10 水痘      | 23 その他<br>( )            |                    |                        |
|               | 11 膿痂疹     |                          |                    |                        |
|               | 12 突発性発疹症  |                          |                    |                        |
|               | 13 手足口病    |                          |                    |                        |

※流行性角膜炎を含む。

2 安静度

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ベッドの上で静かに過ごすこと。              | <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)。 |                                      |
| <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"/> 熱性けいれん (      回)<br><input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 (      ) |                      |
| 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。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

印

電話番号