

医師連絡票

お一ごえ保育園 病後児保育室 宛

この園児は回復期である事を証明すると共に、下記の点について連絡します。

年 月 日

医療機関名 アクエア・メディカル・ステーション

医師名

※保護者記入欄

お子さんの氏名	男 女	生年 月日	平成・令和 (歳	年 月 日 ヵ月)
---------	--------	----------	--------------	--------------

※医師記入欄

下記の全ての項目にレ点で、チェックし、()内は必要な場合のみ記入お願いいたします。		
診 断 名		
安 静 度	☐ 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) ☐ 室内保育と戸外保育(短時間の戸外保育はよい)	
食 事 (昼 食)	☐ ミルクのみ ☐ 離乳食(後期・完了期) ☐ 幼児食	
ア レ ル ギ ー	☐ 無 ☐ 有【 卵 ・ 乳 ・ 小麦 ・ その他(	
解 熱 剤 ・ 痙 攣 止 め	解熱剤の使用: ☐ 無 ☐ 有 (, °C以上で使用)・座薬・内服薬(薬剤名: 痙攣止め使用: ☐ 無 ☐ 有 (, °C以上で使用)・座薬(薬剤名:)	
処 方 内 容	☐ 当院の薬剤情報提供書の通り ☐ 他院の薬剤情報提供書の通り 【特記事項など】 []	
注 意 事 項		
病 後 児 保 育 利 用 期 間 (最 長 7 日 間)	・病後児保育が必要な期間 ☐ 月 日(1日のみ) ☐ 月 日 ~ 月 日まで	次回診察予定日
	・上記期間後 ☐ 保育園に復帰 ☐ 再度利用する可能性有	☐ 無
	* 注意: 上記期間以降の利用は再受診必要	☐ 有 ()月()日

与薬依頼書

※太枠の中を記入ください。

依頼年月日 20 年 月 日			
組 園児名			
保護者氏名	連絡先()		
処方を受けた 病院名			
病名	主な症状()		
本日持参された 薬について	20 年 月 日 に処方された ()日分のうち本日分		
内服薬	①粉薬 ・ 水薬 【 食前 ・ 食後 ・ その他(:)】		
	②粉薬 ・ 水薬 【 食前 ・ 食後 ・ その他(:)】		
	③粉薬 ・ 水薬 【 食前 ・ 食後 ・ その他(:)】		
	※乳児の場合は、その他に時間を記入してください。		
内服薬の 飲ませ方	・ 練り状にして飲む ・ 水に溶かして飲む ・ 口に直接入れて飲む ・ その他()		・ 直接飲む ・ スプーンで飲む ・ スポイトで飲む ・ その他()
	粉 薬	水 薬	
点眼薬	①右目／左目・回数()回 ・ 時間(:)(薬品名)		
	②右目／左目・回数()回 ・ 時間(:)(薬品名)		
※2種類の薬品がある場合・使用順位がある場合は薬品名を記名してください。			
ぬり薬(外用薬)	①体の部位 () ・ 時間(:)(薬品名)		
	②体の部位 () ・ 時間(:)(薬品名)		
※2種類の薬品がある場合・使用順位がある場合は薬品名を記名してください。			
登園前の投薬	あり ・ なし	登園前の投薬時間	時 分
備考			

園記載欄	受理者	与薬者	
	与薬時間		

与薬依頼書

※太枠の中を記入ください。

依頼年月日 20 年 月 日			
組 園児名			
保護者氏名	連絡先()		
処方を受けた 病院名			
病名	主な症状()		
本日持参された 薬について	20 年 月 日 に処方された ()日分のうち本日分		
内服薬	①粉薬 ・ 水薬 【 食前 ・ 食後 ・ その他(:)】		
	②粉薬 ・ 水薬 【 食前 ・ 食後 ・ その他(:)】		
	③粉薬 ・ 水薬 【 食前 ・ 食後 ・ その他(:)】		
	※乳児の場合は、その他に時間を記入してください。		
内服薬の 飲ませ方	・ 練り状にして飲む ・ 水に溶かして飲む ・ 口に直接入れて飲む ・ その他()		・ 直接飲む ・ スプーンで飲む ・ スポイトで飲む ・ その他()
	粉 薬	水 薬	
点眼薬	①右目／左目・回数()回 ・ 時間(:)(薬品名)		
	②右目／左目・回数()回 ・ 時間(:)(薬品名)		
※2種類の薬品がある場合・使用順位がある場合は薬品名を記名してください。			
ぬり薬(外用薬)	①体の部位 () ・ 時間(:)(薬品名)		
	②体の部位 () ・ 時間(:)(薬品名)		
※2種類の薬品がある場合・使用順位がある場合は薬品名を記名してください。			
登園前の投薬	あり ・ なし	登園前の投薬時間	時 分
備考			

園記載欄	受理者	与薬者	
	与薬時間		

<登園届（保護者記入）>

登 園 届

おーごえ保育園 園長殿

園児名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

（病名） 該当疾患に☑をお願いします。

☐	麻しん（はしか）
☐	インフルエンザ
☐	風しん
☐	水痘（みずぼうそう）
☐	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
☐	咽頭結膜熱（プール熱）
☐	流行性結膜炎（はやり目）
☐	百日咳
☐	新型コロナウイルス感染症
☐	溶連菌感染症
☐	マイコプラズマ肺炎
☐	手足口病
☐	伝染性紅斑（りんご病）
☐	ウイルス性胃腸炎 （ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等）
☐	ヘルパンギーナ
☐	RS ウイルス感染症
☐	帯状疱疹
☐	突発性発疹
☐	その他（ _____ ）

医療機関名 _____

発症日（症状が出た日） _____ 月 _____ 日

受診日 _____ 月 _____ 日 _____ 月 _____ 日

登園可能日 _____ 月 _____ 日

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____