

(提出先)
病児保育室

(保護者) 氏名

(フリガナ)		平成 ・ 令和			年	月	日生
【児童名】		男 ・ 女			(	歳	ヶ月)
保育希望期間	月	日から	月	日までの	日間		

- ・ 児童の病状が急変した場合は、直ちに保護者に連絡させていただきます。
- ・ きわめて緊急性が高いと判断した場合は、医療行為を行います。その際は、診療費が別途必要になります。

茨木市病児保育事業意見書

疾病等 1 インフルエンザ（A・B） 2 水痘 3 流行性耳下腺炎 4 溶連菌感染症 5 アデノウイルス感染症 6 百日咳 7 ヘルパンギーナ 8 突発性発疹 9 手足口病 10 伝染性紅斑（りんご病） 11 感冒症候群 12 感冒性嘔吐症 13 感染性胃腸炎 14 咽頭炎・扁桃炎 15 気管支炎 16 気管支喘息 17 喘息性気管支炎 18 中耳炎・外耳炎 19 流行性角結膜炎 20 膿痂疹 21 その他（ ）		
新型コロナウイルス 感染症検査	①検査なし ②判定（陽性 / 陰性） ③検査方法（抗原検査 / PCR検査 / その他）	
指示事項		
食 事	・指示なし ・指示あり（ ）	
投 薬	病児保育室での投薬（あり ・ なし） 処方 1 2 3 頓用・定期薬 他	
診察日（令和 年 月 日） 現時点では、病児保育事業の利用が可能なことを認めます。 医療機関 医 師 名 住 所		