

登録 No. _____
令和 年 月 日

病後児確認書

※太枠部分のみ記入してください。

利用児童名	
-------	--

今回利用に係る情報（□部分は、該当項目に✓を記入してください）

※利用が2日目以降の場合は、①～⑤の記入は省略

①利用希望等	医療機関受診日：令和 年 月 日 利用希望期間： 月 日（ ）～ 月 日（ ） ※利用期間は医師の診断（医療機関受診日）から5日の範囲内
②病名	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 急性気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 咽頭・扁桃炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 外傷性疾患 <input type="checkbox"/> その他（ ）
③医療機関情報	今回受診した医療機関： かかりつけ医療機関：
④与薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（別添「薬剤情報提供書」のとおり）
⑤医師の指示事項・ その他特記事項	
⑥症状・経過	症状： 経過：
⑦安静度	<input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊び可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普段どおりの遊び可）
⑧食事	<input type="checkbox"/> 給食提供を希望する <input type="checkbox"/> 給食提供を希望しない ※給食については、離乳食や食物アレルギーへの対応は不可

職員記入欄

A.書類の受取確認	<input type="checkbox"/> 医療機関受診の領収証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> こども医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書
B.料金等	<input type="checkbox"/> 利用料の徴収 <input type="checkbox"/> 給食費の徴収 <input type="checkbox"/> 領収証の交付

※A・Bについては、利用日ごとに書類の提出・返却、料金の徴収・領収証交付とする。

保護者署名欄

利用手続の際に提出した書類の返却及び納付した利用料等の領収書の
交付を受けました。

保護者署名： _____