

様式第3号（第7条関係）

坂戸市病児保育児童状況書

児童氏名	住所	生年月日
		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○印を付けること。）

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	23 なし
	2 気管支炎	15 伝染性紅斑		24 発熱
	3 気管支喘息	16 流行性耳下腺炎		25 下痢
	4 肺炎	17 風疹・風疹様症候群		26 嘔吐
	5 急性胃腸炎	18 溶連菌感染症		27 咳
	6 感染症胃腸炎	19 百日咳		28 喘鳴（※2）
	7 周期性嘔吐症	20 インフルエンザ （A型・B型・不明）		29 発疹
	8 中耳炎・外耳道炎			30 外傷・骨折
	9 結膜炎（※1）	21 咽頭結膜炎 （アデノウイルス感染症）		31 その他
	10 水痘	22 その他		
	11 膿痂疹			
	12 突発性発疹症			
	13 手足口病			

※1 流行性角膜炎を含む。

※2 ぜこぜこしていること。

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、他の児童と静かに遊ぶこともできる。	
	<input type="checkbox"/> 隔離が必要である。

3 投薬の有無等

<input type="checkbox"/> 飲み薬（薬剤名 _____）
<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 既往症・特記事項

既往症	<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）	
	<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 _____ ）

実施施設長 あて
 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
 電話番号
 医師名

