

数日与薬が続く場合はコピーするなど、その都度ご記入ください。

与薬の依頼について(お願い)

当園は、原則として健康体保育となっております。

毎朝、お子さんの様子(顔色、食欲、便状)を把握し、必ず検温を行い体調の確認を行ってから、登園してください。前の晩～登園の朝にかけて体調に変化(咳・鼻水・微熱・下痢等)がありましたら、ノートや健康チェックカード記入の上、必ず職員(担任、当番の職員)に口頭でお伝えください。

子どもの病気の場合、家庭で安静に過ごすことが体力の回復につながります。薬を持参しての登園は本来望ましくありませんが、治療の必要があり、医師の指示がある場合に限り薬をお預かりします。お互いの連絡を密にすることで、お子さんの健康を守り、元気で楽しく生活できるよう、家庭と保育園で協力していきましょう。

<お願い>…必ずお読みになった上で、記入をお願いします。

*診察を受けたとき

1. **保育園の登園が可能かどうか、必ず聞いてください。**
2. 1日3回飲ませる薬は、「朝」・「保育園から帰ってすぐ」・「寝る前」の3回、または、「朝」・「夜」の2回にもらえるかどうか相談してみてください。

*医師の処方により、やむを得ず持参する場合の薬は、次のようにお預かりします。

1. 与薬依頼書に記入してください。
2. **薬は1回量(シロップでも)にし、薬本体にも名前と与薬時間を記入**してください。
3. 与薬依頼書と薬は直接、**担任**又は**当番の職員に手渡し**してください。

*その他

1. 未記入の場合は与薬できません。
2. お子さんの状況などにより、指示どおりの与薬ができない場合もありますのでご了承ください。
3. 薬剤情報提供書をお持ちの方は、添えて提出してください。その場合は、薬の内容の欄の記入は必要ありません。

----- 切り取り線 -----

記入日 年 月 日

与薬依頼書

受付職員名

クラス名		処方年月日
園児名		年 月 日
病名		
薬の内容	カゼ薬(咳止め・鼻水止め)	
	抗生剤、 整腸剤、 化膿止め	
	気管支拡張剤、 目薬、 かゆみ止め	
	その他()	
薬の種類	粉薬 包、 シロップ 本、 塗り薬 本、その他()	
与薬時間	食前、 食後 その他()	
病院(医院)名		
持参者		
備考		

与薬時間

与薬職員名

<登園届(保護者記入)>

登園届(保護者記入)

椎の実保育園 園長 殿

入園児童名

年 月 日 生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします。)

<input type="checkbox"/>	溶連菌感染症
<input type="checkbox"/>	マイコプラズマ肺炎
<input type="checkbox"/>	手足口病
<input type="checkbox"/>	伝染性紅斑(りんご病)
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	ヘルパンギーナ
<input type="checkbox"/>	RSウイルス感染症
<input type="checkbox"/>	带状疱疹しん
<input type="checkbox"/>	突発性発しん

(医療機関名) _____ (年 月 日受診)において
症状が回復し、集団生活に支障がない状態と判断されましたので 年 月 日より
登園いたします。

年 月 日

保護者名

印

※保護者の皆さまへ

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけ医の診断に従い、登園届の記入及び提出をお願いします。

**お子様が保育園での集団生活に適應できる状態に回復してから登園するよう、
各ご家庭でご配慮ください。**

<意見書(医師記入)>

意見書(医師記入)

椎の実保育園 園長 殿

入園児童名

年 月 日 生

(病名) (該当疾患に☑をお願いします。)

<input type="checkbox"/>	麻しん(はしか)
<input type="checkbox"/>	風しん
<input type="checkbox"/>	水痘(水ぼうそう)
<input type="checkbox"/>	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)
<input type="checkbox"/>	結核
<input type="checkbox"/>	咽頭結膜熱(プール熱)
<input type="checkbox"/>	流行性角結膜炎
<input type="checkbox"/>	百日咳
<input type="checkbox"/>	腸管出血性大腸菌感染症 (O-157 O26 O111等)
<input type="checkbox"/>	急性出血性結膜炎
<input type="checkbox"/>	侵襲性髄膜炎菌感染症 (髄膜炎菌性髄膜炎)

症状も回復し、集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登園可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

※かかりつけ医の皆さまへ

保育園は、乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団発症や流行をできるだけ防ぐことで、一人ひとりの子どもが一日快適に生活できるよう、上記の感染症について意見書の記入をお願いします。

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、子どもの病状が回復し、かかりつけ医により集団生活に支障がないと判断され、登園を再開する際にはこの「意見書」を保育所に提出してください。

医師記入

登園許可書

椎の実保育園 園長 殿

入園児童名 _____

_____ 年 月 日 生

病名 「 インフルエンザ 型 」

年 月 日に発症し、 月 日に解熱し集団生活に支障がない
状態になったので 年 月 日より登園可能と判断します。

_____ 年 月 日

医療機関名

医師名

Ⓜ