

# 淡海医療センター 病児保育室 医師意見書

医療機関で記入したものを病児保育室に提出してください。

※は保護者の方が記入してください。

## 意見書作成料の返金について

- ・対象:草津市在住の方のみ
- ・場所:(月～金)病児保育室 8時～19時  
(土)隣接の「保育所とつと」8時～17時
- ・期限:意見書発行後2週間まで  
(2週間を超えての返金は一切出来ません)

※ふりがな	※生年月日
※児童氏名	平成・令和 年 月 日生 ( 歳 か月)

下記については、医療機関で記入をお願いします。該当するものに○をしてください。  
定員に限りがありますので、お預かりできない場合もあります。

診 断	咽頭炎・扁桃炎	感冒症候群	気管支炎・肺炎			
	喘息性気管支炎	感染性胃腸炎	突発性発疹			
	アデノウイルス感染症	咽頭結膜炎	手足口病			
	ヘルパンギーナ	溶連菌感染	インフルエンザA・B			
	RSウイルス感染症	マイコプラズマ感染症	水痘			
	流行性耳下腺炎	百日咳	中耳炎・副鼻腔炎			
	麻疹	風疹	新型コロナウイルス			
	その他 ( ) ( )					
	発症日	月 日				
基礎疾患	有 ・ 無					
薬などの処方内容	・飲み薬	粉 水薬	抗菌剤	整腸剤	対症薬	その他
	・貼り薬					
	・軟膏					
	・座薬					
隔離の必要性	1. 個室隔離が必要 2. 状態によっては他の病児と同室可 3. 同じ病名なら同室可 4. その他( )					
指示事項						
【有効期限】 本意見書は____月____日まで有効(最長連続する3日間をお願い致します) ※有効期限最終日に診察で許可があれば、後2日間まで延長することが可能です。(医師意見書は不要) ※病児保育中に急変等あった場合は、遅滞なく当院もしくは近医を受診いただいております。						
診察日	令和 年 月 日	現時点では、病児保育の利用が可能であることを認めます。				
	医療機関名					
	医師名	印				
	電話番号					