

# 草津市病児保育室 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：予約された病児保育室にお問い合わせください。
- ・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			
	アデノウィルス感染症	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			
	RSウィルス感染症	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	薬について注意事項などあれば				
	・軟膏					
	・座薬					
隔離の必要性	1. 個室隔離が必要 4. その他 ( ) 2. 状態によっては他の病児と同室可 3. 病名が同じであれば同室可					
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日間でお願い致します)

※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	
電話番号	
印	