

※委員会記入欄 登録番号	
-----------------	--

様式第9号（第13条関係）

病後児保育事業の利用（変更）に
係る主治医意見書

年 月 日

五條市教育委員会 様

所在地 _____

名 称 _____

医療機関名

担当医師名 _____

電話番号 _____

次のとおり、病後児保育事業の利用（変更）が適当であると認めます。

ふりがな		性別	年 月 日生
子どもの氏名			
今回の病気について	病名		
	病後児保育の利用（変更）を必要と認める期間	年 月 日 ~	
		年 月 日まで（ 日間）	
処方箋	有 ・ 無	次回診察予定日	年 月 日
その他の特記事項			
症状の経過			
現在の投薬処方			
保育上の留意点	① ベッドの上での安静が重要 ② 室内で安静（ベットでの生活が主。他の児童との静かな遊びは可能） ③ 室内で保育（他の児童と室内で遊んでもよい）		
食事（昼食）について指示があれば記入をお願いします。			

※ 病後児病後児保育事業の利用（変更）の申請には、この主治医意見書が必要です。

※ 投薬について別紙がある場合については、「現在の投薬処方」に記入の必要はありません。