



保護者様

社会福祉法人大槌福祉会
幼保連携型認定こども園
おおつちこども園

感染症の場合の登園について

こども園では、お子さんが感染症にかかった場合、本人の健康回復と周囲のこどもへうつすおそれを考慮し、登園をご遠慮していただいております。

医療機関で治療を受け、病気が治癒し又は他の児童にうつすおそれがないという診断を受けてから登園させるようにして下さい。

なお、感染症後に登園する際は、診察したお医者様から下の欄に登園が可能である旨記入していただき、こども園に提出して下さるようお願いいたします。

(県立病院は診断書料が発生しますので主治医から診断されたことを保護者さんがご記入願います)

感染症後の登園について

チーム名 チーム _____

園児氏名 _____

病名又は症状 _____

上記の児童は、他児に感染の恐れがないことから、

令和 年 月 日から登園が可能です。

令和 年 月 日

病院又は医院名 _____

医師氏名 _____



お薬依頼書

令和 年 月 日

医師の診察を受けたところ薬を処方されましたので、下記のとおり与薬を依頼します。なお、この病児保育の依頼に基ずく与薬などによる病気変化に対しては、こども園の責任を問わないことを確約します。

住所 _____

おおつちこども園長様

保護者

氏名 _____ (印)

チーム名			園児氏名				
病院・医院名			TEL	-			
病名又は症状							
処方日 (処方箋より)	年	月	日	(月	日	~
	年	月	日	(月	日	~
保管	常温		・	要冷蔵			
種類	粉	種	錠	種	シロップ	種	
	外用薬		種	その他	()		
薬の名称							
時間	食前	食後	その他 ()				
サイン又は印	月	日	/	/	/	/	/
	保護者	印	印	印	印	印	印
	受領者	印	印	印	印	印	印
	確認者	印	印	印	印	印	印
	与薬者	印	印	印	印	印	印

- この依頼書と一緒に「1回分の薬」と「処方箋」を手渡してください。
- 薬の依頼が終わるか、記載欄がなくなったお薬依頼書は、すぐにこども園へお返しください。