

処方薬依頼書

※処方薬は依頼書と一緒に必ず保育士に手渡しをお願いします。

※解熱剤・市販薬のお預かりはお断りしています。

社会福祉法人郵住協福祉会 あじゃ保育園

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 依頼日 | 平成 年 月 日 | | | | | |
| クラス | 組 | | | | | |
| 児童名 | | | | | | |
| 保護者名 | 印 | | | | | |
| 病名 | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | | |
| 処方日数 | 平成 年 月 日から () 日分 | | | | | |
| 薬品名 | | | | | | |
| 処方薬概要 | ・ 抗生剤 ・ 去たん剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 整腸剤 ・ アレルギー薬 外用薬：点眼⇒() 目に () 滴 塗り薬⇒部位 () その他：() | | | | | |
| 処方時間 | 昼食後・おやつ後・その他 () | | | | | |
| 日 | 受 | 投 | 日 | 受 | 投 | 日 |
| 日 | 取 | 薬 | 日 | 取 | 薬 | 日 |
| 日 | 保 | 保 | 日 | 保 | 保 | 日 |
| 日 | 育 | 育 | 日 | 育 | 育 | 日 |
| 日 | 士 | 士 | 日 | 士 | 士 | 日 |
| 日 | / | / | 日 | / | / | 日 |
| 日 | / | / | 日 | / | / | 日 |

処方薬依頼書

※処方薬は依頼書と一緒に必ず保育士に手渡しをお願いします。

※解熱剤・市販薬のお預かりはお断りしています。

社会福祉法人郵住協福祉会 あじゃ保育園

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 依頼日 | 平成 年 月 日 | | | | | |
| クラス | 組 | | | | | |
| 児童名 | | | | | | |
| 保護者名 | 印 | | | | | |
| 病名 | | | | | | |
| 医療機関 | | | | | | |
| 処方日数 | 平成 年 月 日から () 日分 | | | | | |
| 薬品名 | | | | | | |
| 処方薬概要 | ・ 抗生剤 ・ 去たん剤 ・ 咳止め ・ 下痢止め ・ 整腸剤 ・ アレルギー薬 外用薬：点眼⇒() 目に () 滴 塗り薬⇒部位 () その他：() | | | | | |
| 処方時間 | 昼食後・おやつ後・その他 () | | | | | |
| 日 | 受 | 投 | 日 | 受 | 投 | 日 |
| 日 | 取 | 薬 | 日 | 取 | 薬 | 日 |
| 日 | 保 | 保 | 日 | 保 | 保 | 日 |
| 日 | 育 | 育 | 日 | 育 | 育 | 日 |
| 日 | 士 | 士 | 日 | 士 | 士 | 日 |
| 日 | / | / | 日 | / | / | 日 |
| 日 | / | / | 日 | / | / | 日 |

※保育所（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ぎ、子どもたちが一日快適に生活できるよう環境を整えることが大切です。

※かかりつけの医師の診断に基づき、「インフルエンザ登園許可願い」の記載をお願いします。なお、保育所（園）での集団生活に適応できる状態に回復してから登園するよう、ご配慮ください。

※登園の際には、下記の「インフルエンザ登園許可願い」の提出をお願いいたします。

（登園のめやすは、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。）

<保護者記入用>

インフルエンザ登園許可願い（保護者記入）

_____保育所（園）長殿

児童氏名_____

生年月日_____

年 月 日 医療機関名_____において

病名 _____インフルエンザ_____と診断されました。

年 月 日現在、下記のとおり、
「発症後5日を経過し、かつ解熱した後3日間」を経過しましたので、
登園の許可をお願いいたします。

保護者氏名_____ 印

| 体温測定月日 | 朝の体温 | 夕の体温 | 解熱薬使用の有無 |
|--------|--------|--------|----------|
| 月 日 | 時 分： 度 | 時 分： 度 | 無・有 |
| 月 日 | 時 分： 度 | 時 分： 度 | 無・有 |
| 月 日 | 時 分： 度 | 時 分： 度 | 無・有 |
| 月 日 | 時 分： 度 | 時 分： 度 | 無・有 |
| 月 日 | 時 分： 度 | 時 分： 度 | 無・有 |
| 月 日 | 時 分： 度 | 時 分： 度 | 無・有 |
| 月 日 | 時 分： 度 | 時 分： 度 | 無・有 |

※症状が出てきた日から体温を測定し、記載して下さい（1日につき1行ずつ記載）。

※発熱期間が長く、記録様式が足りない場合は、裏面、あるいは別の記録用紙を添付するなどして下さい。

※解熱後3日間とは、解熱薬を使用しないで発熱しなくなり3日を経過したことをいいます。

※登園初日受け入れ時に検温を実施しますので、ご了承ください。

※保育所(園)は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。

感染症の集団発生や流行をできるだけ防ぐことで、子どもたちが一日快適に生活できるよう、下記の感染症について意見書の提出をお願いします。

※感染力のある期間に配慮し、子どもの健康回復状態が集団での保育生活が可能となる状態となつてからの登園でありますようご配慮ください。

<医師用>

| | |
|---|--------------------------|
| 意 見 書 | |
| _____保育所(園)長殿 | 児童氏名 _____ 生年月日 _____ |
| 病 名 _____ | |
| 年 月 日から症状も回復し、集団生活に支障がない状態になったので 登園可能と判断します。 | |
| 年 月 日 | |
| 医療機関 _____ | |
| 医 師 名 _____ 印 (又はサイン) _____ | |

○医師が記入した意見書が望ましい感染症

| 感染症名 | 感染しやすい期間 | 登園のめやす |
|------------------------------|---------------------------------|--|
| 麻疹 (はしか) | 発症1日前から発しん出現後の4日後まで | 解熱後3日を経過してから |
| 風しん | 発しん出現の前7日から後7日間くらい | 発しんが消失してから |
| 水痘 (水ぼうそう) | 発しん出現1～2日前から痂皮形成まで | すべての発しんが痂皮化してから |
| 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | 発症3日前から耳下腺腫脹後4日 | 耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから5日を経過するまで、かつ全身状態が良好になるまで |
| 結核 | 医師により感染の恐れがないと認めるまで | |
| 咽頭結膜熱 (プール熱) | 発熱、充血等症状が出現した数日間 | 主な症状が消え2日経過してから |
| 流行性角結膜炎 | 充血、目やに等症状が出現した数日間 | 感染力が非常に強いため結膜炎の症状が消失してから |
| 百日咳 | 抗菌薬を服用しない場合、咳出現後3週間を経過するまで | 特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療を終了するまで |
| 腸管出血性大腸菌感染症 (O157、O26、O111等) | | 症状が治まり、かつ、抗菌薬による治療が終了し、48時間をあけて連続2回の検便によって、いずれも菌陰性が確認されたもの |
| 急性出血性結膜炎 | ウイルスが呼吸器から1～2週間、便から数週間～数ヶ月排出される | 医師により感染の恐れがないと認めるまで |
| 髄膜炎菌性髄膜炎 | | 医師により感染の恐れがないと認めるまで |
| | | |

出典：厚生労働省「保育所における感染症対策ガイドライン」より
 那覇市こどもみらい部 こどもみらい課 TEL861-6903

(H24.02) 改定

※保育所(園)は乳幼児が集団で長時間生活を共にする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことはもちろん、子どもたちが一日快適に生活できることが大切です。

※保育所園児がよくかかる下記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけの医師の診断にしたがい、登園届の提出をお願いいたします。なお、保育所(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、ご配慮ください。

※登園の際には、下記の登園届の提出をお願いいたします。

登園のめやすは、子どもの全身状態が良好であることが基準となります。

<保護者記入用>

| | |
|------------------------------------|------------------|
| 登園届 (保護者記入) | |
| _____保育所(園)長殿 | |
| 児童氏名_____ | |
| 生年月日_____ | |
| 病名_____と | |
| 医療機関名_____において診断され、 | |
| 登園のめやすを参考に、症状が回復すれば、登園可能と診断されています。 | |
| 年 月 日 症状が回復し、 | |
| 集団生活に支障がない状態となりましたので登園いたします。 | |
| 保護者氏名_____ | 印 (またはサイン) _____ |

○医師の診断を受け、保護者が記入する登園届が望ましい感染症

| 病 名 | 感染しやすい期間 | 登園のめやす |
|--------------------------------|--|--------------------------------|
| 溶連菌感染症 | 適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後1日間 | 抗菌薬内服後24～48時間経過していること |
| マイコプラズマ肺炎 | 適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間 | 発熱や激しい咳が治まっていること |
| 手足口病 | 手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日間 | 発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること |
| 伝染性紅斑 (リンゴ病) | 発しん出現前の1週間 | 全身状態が良いこと |
| ウイルス性胃腸炎 (ノロ, ロタ, アデノウイルス等) | 症状のある間と、症状消失後1週間 (量は減少していくが数週間ウイルスを排泄している ので注意が必要) | 嘔吐、下痢等の症状が治まり、普段の食事がとれること |
| ヘルパンギーナ | 急性期の数日間 (便の中に1か月程度ウイルスを排泄している ので注意が必要) | 発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること |
| RSウイルス感染症 | 呼吸器症状のある間 | 呼吸器症状が消失し、全身状態が良いこと |
| 帯状疱疹 | 水疱を形成している間 | すべての発しんが痂皮化してから |
| 突発性発しん | | 解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと |

出典：厚生労働省「保育所における感染症対策ガイドライン」より

那覇市子どもみらい部 子どもみらい課 TEL861-6903

(H23.09) 改定

伝染性の病気により欠席された時は、専門医による集団生活の可否を判断していただくため、完治証明書を提出して下さい。

完 治 証 明 書

あじゃ保育園 園長 殿

組

園児名

病 名

平成 年 月 日 上記診断にて加療し、平成 年
月 日現在、他の園児に伝染の心配はないため、登園を許可
します。

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印