

与薬依頼書

主治医と相談の結果、医師の指示により保育園での保育時間における与薬が必要になりました。ついては、保護者の責任において、与薬の依頼をします。

保護者氏名

印

児童氏名

組

処方日 : 令和 年 月 日

病 名 :

医療機関名 :

お薬を処方されるまでの経過をお書きください。
例：〇月〇日より鼻水が出て受診したため

薬剤名及び与薬方法

内服薬	薬の内容	☐ かぜ薬(鼻水・咳・たん) ☐ 抗生物質 ☐ 整腸剤 ☐ その他()		
	形状	☐ シロップ(液体)	☐ 粉薬	☐ 錠剤
	量	1回に cc 種類	1回に 包 種類	1回に 錠 種類
	方法	☐ スポイト ☐ スプーン ☐ その他()	☐ そのまま飲める ☐ 水に溶く ☐ その他()	☐ そのまま飲める ☐ 水に溶く ☐ その他()
	時間	☐ 食前 ☐ 食後	☐ 食前 ☐ 食後	☐ 食前 ☐ 食後
外用薬	薬の内容	☐ 抗生物質 ☐ ステロイド ☐ その他()		
	種類	☐ 点眼薬 ☐ 点鼻薬 ☐ 点耳薬 ☐ 軟膏 ☐ その他()		
	量と部位	1回に 種類 【 右 ・ 左 ・ 両方 】		
軟膏の部位と塗り方				
塗る部位		薬剤名		塗り方の手順

受付日時	/	/	/	/	/	/
保護者サイン						
受付者サイン						
投与者サイン						
与薬時間						

登園許可証（医療機関が記入）

医師が記入した許可証が必要な感染症

○印	病名	登園停止期間
	麻疹（はしか）	解熱後3日を経過するまで
	風疹（3日はしか）	発疹が消失するまで
	水痘（みずぼうそう）	すべての発疹がかさぶたになるまで
	流行性耳下腺炎 （おたふくかぜ）	発症（耳下腺・顎下腺・舌下腺の腫脹が発現）後5日間 かつ全身状態が良好になるまで
	インフルエンザ	発症後5日間 かつ 解熱後3日経過するまで（*）
	新型コロナウイルス感染症	発症後5日間 かつ 症状が軽快した後1日経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで または 5日間適切な抗菌性抗生剤による治療が完了するまで
	結核	感染の恐れがなくなるまで
	咽頭結膜熱（プール熱）	主症状が消失した後2日を経過するまで
	アデノウイルス感染症	全身状態がよく 感染の恐れがないと主治医が判断するまで。
	流行性角結膜炎（はやり目）	結膜炎症状が消失 感染力が極めて強く医師の許可ができるまで
	急性出血性結膜炎	結膜炎症状が消失 感染力が極めて強く医師の許可ができるまで
	腸管出血性大腸菌感染症（O-157）	感染力が極めて強く医師の許可ができるまで
	髄膜炎菌性髄膜炎	感染の恐れがなくなるまで

*乳児から幼児については ウイルス排泄が長期に及ぶため登園基準を「解熱後3日を経過するまで」とする

（提出先） 野江まつのな保育園

組 児童名

出席停止期間： 月 日から 月 日まで

年 月 日から登園してもよいことを証明します

医療機関名

医師名

印

登園届（保護者が記入）

医師から登園・登室可能と判断を受けた上で保護者が記入した届けが必要な感染症

○印	病名	登園のめやす
	手足口病	症状が改善し全身状態が良好で普段の食事が摂れること
	溶連菌感染症	治療開始後24時間経過し、全身状態が良好であること
	伝染病紅斑（りんご病）	全身状態が良好であること
	感染症胃腸炎	医師の判断
	ヘルパンギーナ	全身状態が良好で、普段の食事が摂れること
	マイコプラズマ肺炎	症状が改善し全身状態が良好であること
	RSウイルス感染症	症状が改善し全身状態が良好であること
	ヒトメタニューモウイルス感染症	症状が改善し全身状態が良好であること
	带状疱疹	痛みがなく、すべての発疹が痂皮化していること
	単純ヘルペス	口唇・歯肉口内炎のみでマスク着用すること 全身性の水泡がある場合は全身状態がよく軽微になるまで（病変の被覆が必要）
	突発性発疹	解熱し機嫌がよく、全身状態が良好であること

（提出先） 野江まつのな保育園

組 児童名

通院した期間 月 日 ～ 月 日

登園可能と判断された日 月 日

上記の通り相違ありません

医療機関名

年 月 日

保護者名

印

勤 務 証 明 書

社会福祉法人 治栄会
野江まつのはな保育園 園長 宛

年 月 日

保護者記入欄

児童氏名		生年月日	(平成 年 月 日生)
		生年月日	(平成 年 月 日生)
		生年月日	(平成 年 月 日生)

※以下、事業所記入欄(保護者が記入した場合は無効となります)

下記の者について、次のとおり在職していることを証明します。

氏 名			
本人住所			
勤務先名称			
勤務先住所			
勤務先電話番号※			
職務内容(具体的に)			
勤務日数	日 / 週	週	時間勤務
勤務回数	日 / 月		
通常勤務日	月・火・水・木・金 シフト制		
勤務形態	常雇・パート・アルバイト・嘱託・契約・派遣・内職・その他(		
勤務時間	時 分～ 時 分		
通勤時間	時間 分		
休職中の場合	育児・介護休業法等に基づく 育児休業期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	復職予定日	年 月 日	育児休業の短縮 可・不可
			育児休業の延長 可・不可

事業所所在地

事業所名

代表者名

電話番号

印

注)この勤務証明書は、勤務先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、

勤務先に問い合わせることがあります。

注)勤務条件(退職・時間)が変更の時は、変更手続きをお願いします。

注)勤務時間は休憩時間を含む労働契約上の正規の時間をご記入ください。

※病気、ケガ等の時に必ず連絡が取れる電話番号(携帯不可)

野江まつのはな保育園
Tel 06-6934-1101

土曜勤務証明書

社会福祉法人 治栄会
野江まつのはな保育園 園長 宛

年 月 日

保護者記入欄

児童氏名		生年月日	(年 月 日生)
		生年月日	(年 月 日生)
		生年月日	(年 月 日生)

※以下、事業所記入欄(保護者が記入した場合は無効となります)

下記の者について、次のとおり在職していることを証明します。

氏 名					
本人住所					
勤務先名称					
勤務先住所					
勤務先電話番号※					
職務内容(具体的に)					
勤務回数	回 / 月	日	時間勤務		
土曜勤務	シフト制 (有 ・ 無)				
勤務形態	常雇 ・ パート ・ アルバイト ・ 嘱託 ・ 契約 ・ 派遣 ・ 内職 ・ その他(				
勤務時間	時 分～ 時 分				
通勤時間	時間 分				
休職中の場合	育児・介護休業法等に基づく 育児休業期間	年 月 日 ～		年 月 日	
	復職予定日	年 月 日	育児休業の短縮	可 ・ 不可	
			育児休業の延長	可 ・ 不可	

事業所所在地	
事業所名	
代表者名	印
電話番号	

注)この勤務証明書は、勤務先の担当者が事実のとおりにご記入ください。必要に応じ、勤務先に問い合わせることがあります。

注)勤務条件(退職・時間)が変更の時は、変更手続きをお願いします。

注)勤務時間は休憩時間を含む労働契約上の正規の時間をご記入ください。

※病気、ケガ等の時に必ず連絡が取れる電話番号(携帯不可)

野江まつのはな保育園
Tel 06-6934-1101