

2020 年度

資料集

※この資料集からコピーをしてお使いいただくか、事務所で用紙をもらってください。

※にじいろキッズらいふのホームページ内の



の内の資料集から書類を

ダウンロードし、印刷していただいても良いです。

治癒証明書

児童発達支援センター にじいろキッズらいふ

利用児名

生年月日 年 月 日

上記の利用児は、病名（ ）が治癒しました。

よって、伝染病の予防上支障がないと認めたので登園を許可します。

年 月 日

医療機関名

医師名 印

登園許可証明書

利用児名

生年月日 年 月 日

病名

他児への感染のおそれはないと思われますので、登園してよいことを証明します。
(登園後の注意事項)

年 月 日

医療機関名

医師名

印

登園届（保護者記入）

児童発達支援センターにじいろキッズらいふ所長様

利用児名

年 月 日「 」病院・医院において
「(診断名) 」と診断されましたが、
年 月 日集団生活に支障がなく他者への感染もないと診断されましたので登園し
ます。

年 月 日

保護者氏名

年 月 日

主治医様

児童発達支援センターにじいろキッズらいふ所長

与薬指示書のご記入について（依頼）

平素、利用児の健康管理につきましては、格別のご指導とご協力を賜わり厚くお礼申しあげます。

にじいろキッズらいふの利用児は、何らかの形で薬を服用しているところですが、下記の利用児につきまして、保護者より園での与薬の依頼がありました。お忙しいところ誠に恐縮ですがご高診の上、センターでの与薬が必要な場合は、別紙「与薬指示書」をご記入の上、保護者にお渡しいただきますようお願い致します。

記

利用児名 _____

保護者名 _____ TEL _____

与薬指示書

センターでの与薬が必要ですので、下記指示書に従って実施してください。

1. 氏 名 _____
2. 病 名 _____
3. 薬 剤 名 _____
4. 用 法 _____
5. 注意事項 _____

年 月 日

病院名

医師名

印

住所

TEL

.....
(保 護 者 記 入)

年 月 日

上記のとおりセンターでの与薬を依頼します。

保護者名 _____ 印

利用児名 _____

_____ 年度	_____ 年度	_____ 年度	_____ 年度	_____ 年度
----------	----------	----------	----------	----------

内服薬・外用薬に関するくすり連絡票（保護者記載用）

所長様

年 月 日

利用児氏名	組 名
保護者氏名	連絡先
主治医 病院名 医師名	TEL
病名（または症状）	薬剤名
薬剤情報書の提出は	年 月 日
1. 種類は： 錠剤・粉・液（シロップ）・塗り薬・その他（ ） 2. 保管は： 室温・冷蔵庫・その他（ ） 3. 内容は： 解熱剤・抗生物質・せき止め・かぜ薬・かゆみ止め・その他（ ） 4. 使用する時間： 食前・食後・食間・その他（ ） 5. 使用方法（具体的に）：（ ）	
注意事項（医師からの指示）	

※初めての薬剤のくすり連絡表を提出する際には、薬剤情報書を一緒に提出してください

※上記に記入し、氏名が明記された薬の袋・容器に当日分の薬のみを入れてお渡し下さい

※途中で指示変更のあった場合は、薬剤情報書とくすり連絡表を提出してください

※外用薬の場合、用紙は継続して使用できますが薬は毎日お持ち帰りください

※一年に1回更新していただきます

_____年度	_____年度	_____年度	_____年度	_____年度
---------	---------	---------	---------	---------

座薬に関するくすり連絡表（保護者記載用）

所長様

年 月 日

利用児氏名	組 名
保護者氏名	連絡先
主治医 病院名 医師名	TEL
病名（または症状）	薬剤名
薬剤情報書の提出は	年 月 日
「持参薬について」 1. 保管は：冷蔵庫 常温 2. 種類は： 座薬 3. 内容は： 解熱剤 坑けいれん薬 その他 4. 使用方法（具体的に	
注意事項（医師からの指示）	

※初めての薬連絡表を提出する際には、薬剤情報書を一緒に提出して下さい。

※センターでの薬剤預かり期間は6ヶ月間とします。

※途中で指示変更のあった場合は、薬剤情報提供書を一緒に提出して下さい。

プール活動許可証明書

利用児名 _____ 生年月日 年 月 日

下記の疾病で加療中のところ、軽快したため、他事への感染のおそれはないと思われますのでプール活動等にさしつかえないことを証明します。

病名

(活動の際の注意事項)

年 月 日

医療機関名

医師名

印

食物除去の指示書

氏 名 _____

生年月日 _____

年 月 日 _____

性別 (男 ・ 女) _____

診断名 _____

除去する食物 (該当する食品に○印)

1 卵

2 牛乳・乳製品

3 小麦

4 大豆

5 そば

6 ピーナッツ

7 その他 (_____)

注意事項 _____

アナフィラキシーの有無 (有 ・ 無) _____

アナフィラキシーの原因食物 (_____)

症状が出現したときの対処方法 1 内服薬 2 外用薬 3 エピペン

4 医療機関受診

医療機関名 (_____)

再評価の時期 (3 か月後 ・ 6 か月後 ・ 12 か月後) に再評価が必要です。

記載月日 _____

令和 _____

年 _____

月 _____

日 _____

医療機関名 _____

住 所 _____

医 師 名 _____

⑩

(保護者記入欄)

にじいろキッズらいふ 所長 様

上記のとおり、にじいろキッズらいふ での特別給食を依頼します

令和 _____

年 _____

月 _____

日 _____

利用児氏名 _____

保護者氏名 _____

⑩

(除去解除申請書)

除去解除申請書

年 月 日

クラス名： _____

利用児名： _____

本児は「食物除去診断書」に基づいて除去していた
（食品名： _____） に関して、
医師の指導の下、これまでに複数回食べて症状が誘発されていないので、
児童発達支援センターにじいろキッズらいふの給食において完全解除をお
願いします。

保護者氏名 _____ ⑧