

2021 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資料集から書類をダウンロードし、印刷して使用することができます。

ここからダウンロードできます。



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上げます。

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）

児童発達支援センターにじいろキッズらいふ所長様

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）

児童発達支援センターにじいろキッズらいふ所長様

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 抗けいれん薬 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

保護者等通院報告書（保護者記入）

年 月 日

児童発達支援センター
にじいろキッズらいふ 所長 様

利用児氏名 _____

保護者氏名 _____ 印

下記のとおり通院し、診断されたことを報告します。

1. 通院日	令和 年 月 日
2. 診断名	
領収書・診療明細書等（写し）添付欄	