病　後　児　回　復　期　証　明　書

令和　　　年　　　月　　　日

特定非営利活動法人あさのは会

武蔵藤沢めぐみ保育園　施設長　殿

医療機関名

Ｔ Ｅ Ｌ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 患 児 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　　日　　　（　　　　　　歳） |
| 診 断 名 |  |
| 病状経過等 | 上記診断名にて通院加療中であるが、現在、症状は軽快し、下記の利用基準にあてはまる病状のため、　　　　月　　　　日から病後児保育室の利用を可能と考える。 |
| 利用基準　　　・発症時より解熱している　　　・一日の下痢回数が５回以下である　　　・無理なく食事がとれている　　　・呼吸が落ちついている |
| 特記・注意事項 | なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 隔　　離 | 　 要　・　不要 |

※実施施設記入欄

登録番号　　　　　　　　　　申込番号　　　　　　　　　　保護者名