



医療機関の受診	<input checked="" type="checkbox"/> 1)あり <input type="checkbox"/> 2)なし		
医療機関	<input type="checkbox"/> 保護者指定	<input type="checkbox"/> 施設指定	医療機関・医師名
診療科	<input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他( )		
引率者	<input type="checkbox"/> 施設職員 ( ) <input type="checkbox"/> 保護者も同伴 <input type="checkbox"/> その他( )		
受診状況	<input type="checkbox"/> 1)即日治療完了(初診のみ) <input type="checkbox"/> 2)通院( 約 日間見込み) <input type="checkbox"/> 3)入院( 約 日間見込み)		
治療期間	※即日治療完了も、治癒までの見込みをわかる範囲で記入してください。( 約 日間見込み)		
受診内容	<input type="checkbox"/> 1)診察 <input type="checkbox"/> 2)検査(レントゲン・血液・CT・その他 )		
処置内容	<input type="checkbox"/> 1)処置なし <input type="checkbox"/> 2)消毒 <input type="checkbox"/> 3)縫合 <input type="checkbox"/> 4)テーピング <input type="checkbox"/> 5)包帯固定 <input type="checkbox"/> 6)ギプス固定 <input type="checkbox"/> 7)シーネ固定 <input type="checkbox"/> 8)湿布 <input type="checkbox"/> 9)点眼 <input checked="" type="checkbox"/> 10)歯の固定 <input type="checkbox"/> 12)その他 ( )		
処方薬	<input type="checkbox"/> 1)なし <input type="checkbox"/> 2)内服薬 <input type="checkbox"/> 3)外用薬 <input type="checkbox"/> 4)その他( )		
医師の指示			今後の登園 <input type="checkbox"/> 1) 可 <input type="checkbox"/> 2) 不可
受診後の保護者への連絡	日時	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 6時 0分	
	連絡者	第一報の連絡を行った日時、連絡者、受付者を記載してください。 ※原則として発生(又は把握)した <b>当日中</b>	
保育認定・調整課への連絡	日時	令和 ● 年 ● 月 ● 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 ● 時 ● 分	
	連絡者	●● ●●	受付者    ●● ●●

施設決裁: 令和 ● 年 ● 月 ● 日

施設長	●●●●	●●●●	●●●●	●●●●	●●●●	●●●●

決裁日を忘れずに記入。  
担当だけでなく、同じクラスの担任、事故発生時に保育をしていた職員等も記名する。

保育認定・調整課長あて

上記のとおり、報告します。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

施設名: ●●●●●●●●●● 保育園

施設長名: ●●●●