

中野区病児・病後児保育事業医師連絡票

○保護者記入欄（あらかじめ、ご記入をお願いいたします。）

児童氏名	保護者氏名
児童生年月日及び性別 年 月 日生（ 歳） 男・女	在籍保育施設
住 所	

○医師記入欄

該当する病名、症状に○印をお願いします。（発症日等の備考があればその他に記入してください。）			
（病名）		（症状）	（迅速診断）（検査日 月 日）
01 急性上気道炎	09 インフルエンザ	01 発熱	インフルエンザ ( A / B / - )
02 気管支炎	発症日( 月 日)	(体温 ℃)	アデノウイルス ( + / - )
03 感染性胃腸炎	10 アデノウイルス性咽頭炎	02 下痢	溶連菌 ( + / - )
04 手足口病	11 溶連菌感染症	03 嘔吐	RSウイルス ( + / - )
05 おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	12 ヘルパンギーナ	04 咳嗽	マイコプラズマ ( + / - )
06 みずぼうそう(水痘)	13 RSウイルス	05 喘鳴	ヒトメタニューモ ( + / - )
07 咽頭結膜熱(プール熱)	14 ヒトメタニューモ	06 発疹	ロタウイルス ( + / - )
08 骨折(体温 ℃)	15 新型コロナウイルス感染症	07 その他	ノロウイルス ( + / - )
	16 その他	( )	新型コロナウイルス ( + / - )
	( )		その他 ( )
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容: )		
安静度	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育室の集団保育が可能 <input type="checkbox"/> 隔離室での保育が必要(他の病気の児との接触を避ける。) <small>※病後児保育室に隔離室はありません。</small> <input type="checkbox"/> 保護者以外(ボランティア)による病児保育が可能。(ファミリー・サポート事業 特別援助活動)		
施設での与薬	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	<input type="checkbox"/> アレルギー緊急薬(□エピペンでの対応可) <small>※病児保育室利用のみ→ □解熱剤(38.5℃以上) □抗けいれん薬(座薬)</small> <small>※処方内容は、薬剤情報提供書またはお薬手帳を参照</small>	
その他 既往歴など	食事、安静度、特記すべき既往歴、そのほか配慮すべきことがありましたらご記入ください。		
利用期間	( )日間程度	<small>※記入した日を含む日数で最大7日間</small> <small>※必ずご記入ください。</small>	
病児・病後児の 区分 (どちらか選択)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="font-size: 4em;">{</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 病気の回復期に至らない(病児保育室の利用が可能です。)  <input type="checkbox"/> 病気の回復期にある(病後児保育室の利用が可能です。)             </div> <div style="font-size: 4em;">}</div> </div> <small>※回復期とは、次に掲げるものをいいます。</small> 1 感冒等日常的にかかる疾患 ⇒ 急性期を経過した以後 2 気管支炎及び喘息等の呼吸器系疾患 ⇒ 発作が治まった以後 3 麻疹、水痘、風疹等の感染性疾患 ⇒ 他児に感染するおそれのある感染期を経過した以後 4 骨折、熱傷、火傷等の外傷性疾患 ⇒ 症状が安定した以後		
注意事項	<small>・事業の利用可能年齢は、病児は満1歳以上、病後児は生後6か月から就学前までの児童です。</small> <small>・この様式を書いていただく料金は、患者1人につき月1回に限り、保険診療(診療情報提供料 I)の扱いとなります。</small>		
診察日時 医療機関	年 月 日	住所 名称 医師名 電話番号	㊟