

診療情報提供書（病児・病後児保育利用連絡書）

◎次の病名および状態の場合、病児・病後児保育の利用は認められません。

| | | | | |
|----------------------------------|-----------|--------------------|-------|-----------|
| 1 麻疹 | 2 風疹 | 3 水痘 | 4 百日咳 | 5 流行性耳下腺炎 |
| 6 流行性角結膜炎 | 7 気管支喘息発作 | 8 感染性胃腸炎（症状が重度の場合） | | |
| 9 食品、飲料を経口で摂取することが困難な状態 | | | | |
| 10 重篤な病状で、ベッド上で絶対安静、又は完全隔離が必要な状態 | | | | |

○医師の確認欄（※病児・病後児保育の利用が認められる場合に記入してください。）

| | | | | |
|---|-------------------------------|---------------------|--------------------|------|
| 病名（番号に○印） | | | | |
| 1 上気道炎 | 2 扁桃腺炎 | 3 気管支炎 | 4 肺炎 | |
| 5 RSウイルス感染症 | 6 中耳炎・外耳道炎 | 7 膿痂疹（とびひ） | | |
| 8 突発性発疹症 | 9 手足口病 | 10 ヘルパンギーナ | 11 伝染性紅斑（りんご病） | |
| 12 溶連菌感染症 | 13 インフルエンザ | 14 急性胃腸炎（ 中度 ・ 軽度 ） | | |
| 15 その他疾患等（ ） | | | | |
| 病状（番号に○印）※1 急性期の場合は、病後児保育室は利用できません。 | | | | |
| 1 急性期（発熱等） | 2 回復期（解熱、微熱等） | | | |
| 熱性けいれん既往歴（番号に○印及び右欄に記載） | | | | |
| 1 なし | 2 あり | ・回数（ 回） | ・最後に発生した時期（ 年 月 日） | |
| | | ・発熱時の対処法（ ） | | |
| 主な症状（番号に○印） | | | | |
| 1 発熱 | 2 下痢 | 3 咳嗽 | 4 鼻水 | 5 発疹 |
| 6 その他（ ） | | | | |
| 安静度（番号に○印） | | | | |
| 1 できるだけ隔離室で隔離 | 2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） | | | |
| 3 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） | | | | |
| 現在の投薬処方 ※実施施設では、内服、外用以外の医療行為（点滴、吸入、吸引等）はできません。 | | | | |
| | | | | |
| 保育上で留意すべき点（既往歴・食事・アレルギー・体質傾向など） | | | | |
| | | | | |
| 診断の結果、児童の状況は上記のとおりです。 | | | | |
| 提出先 川越市長 | | 年 月 日 | | |
| | | 住 所 | | |
| | | 医療機関名 | | |
| | | 医 師 | 印 | |
| | | (電 話) | | |

（担当：こども育成課 ※実施施設を通して提出）

御注意 ①病児・病後児保育を利用するために、実施施設に病状に関する情報を提供いたします。
 ②感染症については注意いたしますが、感染の可能性があることについては御了承ください。

上記「御注意」に同意の上、下記に保護者が記入してください。

| | | | | |
|-----------------|-------------|------|-----------|-----------|
| 住 所 | 川越市 | | | |
| ふりがな 児 童 氏 名 | 男 ・ 女 | 生年月日 | (年 月 日) | (歳 月 日) |