

病児・病後児保育利用申込書(診療情報提供書)

(宛先) マザー保育園山の手
下記の通り、病児・病後児保育の利用を申込みます。

【保護者記入欄】

申込者(保護者)氏名		児童との続柄	
ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
在籍園所名		緊急連絡先	

【医師記入欄】 マザー保育園山の手病児・病後児保育施設の利用に当たり下記のとおり病名を診断します。
(病児保育・病後児保育は医師の許可がなければ利用することはできません。)

利用保育	<input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 病後児保育(回復期) ※いずれか一つにチェックをしてください		
受診年月日	年 月 日	※病児最大2日間 病後児最大4日間	
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(腫れが引いてから) <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 水痘(発疹がすべて痂皮化していれば可能) <input type="checkbox"/> 骨折() <input type="checkbox"/> 気管支喘息(喘息発作が出ているときは利用できません) <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症(状態良好で主治医が許可した場合) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症(陽性診断後抗生剤を服用し48時間経過した時) <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症・ヒトメタニューモウイルス感染症 (状態が良好で主治医が許可した場合は受け入れ可能) <input type="checkbox"/> インフルエンザA、B(医師の診断後、解熱後3日以降から受け入れ可能) <input type="checkbox"/> ウイルス性胃腸炎【ノロ、ロタ等】(嘔吐、下痢が治まり水分、食事が摂れる場合は受け入れ可能)		
	※下記の場合は当園では受け入れすることができません。 ・流行性結膜炎・麻疹・百日咳・頭ジラミ・疥癬 ・当日朝39.0度以上の熱がある場合 ・1歳の誕生日を過ぎてMR(麻疹・風疹ワクチン)、水痘ワクチン、BCGの接種を受けていない場合 ・水分など経口摂取が出来ない場合・熱性けいれん後48時間経過していない時		
入院の必要性	<input type="checkbox"/> なし *入院が必要な場合、病児・病後児保育はご利用できません		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 同一疾患であれば必要なし		
主な症状			
現在の投薬処方	処方	薬剤名	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	用量・用法	
病児で使用する 頓用薬と 定期吸入薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名	
		用量・用法	
配慮を要する事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 発熱時再受診		
年 月 日	【医療機関】 所在地 名称 電話番号 担当医師氏名 印		

黒枠内の全てにご記入をお願いします。

※医療機関の方へ
「病児・病後児保育利用申請書(診療情報提供書)」の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとはなりません。