

病児・病後児保育利用申込書(診療情報提供書)

年 月 日

(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。

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	

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。 ※医師記入欄
(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	□病児保育	□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				
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <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 (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日以降なら受け入れ可能) <input type="checkbox"/> ノロ・ロタウイルス (嘔吐、下痢が治まり水分、食事がとれる場合は受け入れ可能)	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (腫れが引いてから) <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				
	※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38.0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	□ 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	□ あり □ なし □ 同一疾患であれば必要なし					
治療経過						
現在の投薬処方	処 方	薬剤名				
	□あり □なし	用量・用法				
病児で使用する頓用薬と定期吸入薬	□あり	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">薬剤名</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">用量・用法</td> <td></td> </tr> </table>	薬剤名		用量・用法	
薬剤名						
用量・用法						
配慮を要する事項						
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※病児最大2日間 病後児最大4日間					
【医療機関】 所在地 名称 電話番号 担当医師氏名 印						

※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)の扱いとなります。