**病児・病後児保育連絡書（診療情報提供書）**

犬山市長

　　年　　月　　日

医療機関　所在地

名　称

医師名

電　話

病児・病後保育事業の利用に当たり必要な情報について、次のとおり提供いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 (　　 歳) | |
| 住　　所 |  | | | | | | |
| 電話番号 | －　　　　 － | | | 保護者氏名 | |  | |
| 傷病名  (番号に〇) | １ 感冒･感冒様症候群  ２ 咽頭炎  ３ 扁桃腺炎  ４ 気管支炎･肺炎  ５ 喘息  ６ 麻疹  ７ インフルエンザ(Ａ型)  ８ インフルエンザ(Ｂ型)  ９ 風疹 | | 10 水痘  11 流行性耳下腺炎  12 アデノウィルス感染症  13 流行性角結膜炎  14 百日咳  15 腸管出血性大腸菌感染症  16 溶連菌感染症  17 手足口病  18 ウイルス性胃腸炎 | | | | 19 ヘルパンギーナ  20 ＲＳウイルス感染症  21 突発性発しん  22 中耳炎  23 骨折  24 熱傷  25その他 |
| 主な症状  (番号に〇) | １ 発熱　(診察時体温　　　℃)　　２ 下痢　　３ 嘔吐  ４ 咳　　　５ 喘鳴　　６ 発疹  ７ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 実施した  迅速検査 | 無 ･ 有 | １ インフルエンザ　　２ アデノウィルス　　３ ＲＳウイルス  ４ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | |
| **※以下、該当する項目の□にチェック及び内容のご記入をお願いします。** | | | | | | | |
| 病　　　状  症状の経過  治療状況等 | **□**上記傷病の**回復期※１**に至って**いない**  　□隔離を要する | | | | **□**上記傷病の**回復期**に至って**いる** | | |
| 利用可能  事　　業 | この児童は診断の結果、**（どちらかに**チェック**）** | | | | | | |
| **□病児**保育室の利用が可能です。  **※犬山中央病院「みどりの園」** | | | | **□病後児**保育室の利用が可能です。  **※楽田西子ども未来園** | | |
| 利用期間 | 月　　日　から　　　月　　日 まで | | | | | | |
| 安 静 度 | □特に制限なし  □室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）  □ベッド安静  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 食事に関する  特別な指示 | 留意点： □なし　　□あり(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  □普通食　　□胃腸食　　□離乳食（□前期　□中期　□後期）　□ミルクのみ  □アレルギー食（除去内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 施設での  投　　薬 | □不要　□必要 　 ＊与薬が必要な場合の指示 | | | | | | |
| 特記すべき  既往歴 | **□有　　　　・　　　　□無　　　　・　　　　□不明**  　　　　　　 ↓  □熱性けいれん（　　　回）・　　□ぜんそく　　・　　□食物アレルギー  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| ※ 初めての受診など、把握している既往歴がない場合は「不明」でかまいません。 | | | | | | |
| そ の 他  注意事項 |  | | | | | | |

※１　**回復期**とは、次に掲げるものをいいます。

１ 感冒等、日常的にかかる疾患　　　　➡ 急性期を経過した以降

２ 気管支炎及び喘息等の呼吸器疾患　　➡ 発作が治まった以降

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降

４ 骨折、熱傷等の外傷性疾患　　　　　➡ 症状が安定した以降

犬山市に居住している児童に係る病児・病後児保育連絡書を作成した場合は、診療情報提供料（Ⅰ）を

算定するものとします。