

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○)	<table border="0"> <tr> <td>1 感冒・感冒様症候群</td> <td>10 水痘</td> <td>19 ヘルパンギーナ</td> </tr> <tr> <td>2 咽頭炎</td> <td>11 流行性耳下腺炎</td> <td>20 RSウイルス感染症</td> </tr> <tr> <td>3 扁桃腺炎</td> <td>12 アデノウイルス感染症</td> <td>21 突発性発しん</td> </tr> <tr> <td>4 気管支炎・肺炎</td> <td>13 流行性角結膜炎</td> <td>22 中耳炎</td> </tr> <tr> <td>5 喘息</td> <td>14 百日咳</td> <td>23 骨折</td> </tr> <tr> <td>6 麻疹</td> <td>15 腸管出血性大腸菌感染症</td> <td>24 熱傷</td> </tr> <tr> <td>7 インフルエンザ(A型)</td> <td>16 溶連菌感染症</td> <td>25 その他</td> </tr> <tr> <td>8 インフルエンザ(B型)</td> <td>17 手足口病</td> <td rowspan="2">〔)</td> </tr> <tr> <td>9 風疹</td> <td>18 ウイルス性胃腸炎</td> </tr> </table>			1 感冒・感冒様症候群	10 水痘	19 ヘルパンギーナ	2 咽頭炎	11 流行性耳下腺炎	20 RSウイルス感染症	3 扁桃腺炎	12 アデノウイルス感染症	21 突発性発しん	4 気管支炎・肺炎	13 流行性角結膜炎	22 中耳炎	5 喘息	14 百日咳	23 骨折	6 麻疹	15 腸管出血性大腸菌感染症	24 熱傷	7 インフルエンザ(A型)	16 溶連菌感染症	25 その他	8 インフルエンザ(B型)	17 手足口病	〔)	9 風疹	18 ウイルス性胃腸炎
1 感冒・感冒様症候群	10 水痘	19 ヘルパンギーナ																											
2 咽頭炎	11 流行性耳下腺炎	20 RSウイルス感染症																											
3 扁桃腺炎	12 アデノウイルス感染症	21 突発性発しん																											
4 気管支炎・肺炎	13 流行性角結膜炎	22 中耳炎																											
5 喘息	14 百日咳	23 骨折																											
6 麻疹	15 腸管出血性大腸菌感染症	24 熱傷																											
7 インフルエンザ(A型)	16 溶連菌感染症	25 その他																											
8 インフルエンザ(B型)	17 手足口病	〔)																											
9 風疹	18 ウイルス性胃腸炎																												
主な症状 (番号に○)	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 アデノウイルス 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	<input type="checkbox"/> 上記傷病の回復期※1に至っていない	<input type="checkbox"/> 上記傷病の回復期に至っている
	<input type="checkbox"/> 隔離を要する	
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)	
	<input type="checkbox"/> 病児保育室の利用が可能です。	<input type="checkbox"/> 病後児保育室の利用が可能です。
利用期間	月 日 から 月 日 まで	
安 静 度	<input type="checkbox"/> 特に制限なし <input type="checkbox"/> 室内安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> ベッド安静 <input type="checkbox"/> その他 ()	

食事に関する特別な指示	留意点： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容：)
施設での投薬	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 *与薬が必要な場合の指示 ()
特記すべき既往歴	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明 ↓ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (回) ・ <input type="checkbox"/> ぜんそく ・ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 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。)