

病児・病後児保育 医師連絡票（医療機関記入）

中野区長 宛て

年 月 日

医療機関 住所

名称

医師名

印

電話番号

中野区病児・病後児保育事業の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	丁目 番 号		電話番号
傷病名	※該当する傷病名、症状に“ <input type="checkbox"/> ”印をお願いします。		主な症状
	01 感冒・感冒様症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎・肺炎 05 喘息 06 麻疹 07 インフルエンザ 08 風しん 09 水痘	10 流行性耳下腺炎 11 アデノウイルス感染症 12 流行性角結膜炎 13 百日咳 14 腸管出血性大腸菌感染症 15 溶連菌感染症 16 手足口病 17 ウイルス性胃腸炎 18 ヘルパンギーナ	
該当する項目の <input type="checkbox"/> にチェック及び内容のご記入をお願いします。			
病状の経過 治療状況等	<input type="checkbox"/> 上記傷病の回復期に至っていない <input type="checkbox"/> 隔離を要する	<input type="checkbox"/> 上記傷病の回復期※に至っている ※下記 注4を参照ください	
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 (総合東京病院)	<input type="checkbox"/> 病後児保育室の利用が可能です (聖オディリアホーム乳児院・仲町保育園)	
利用期間	本日より <u> </u> 日間程度 ※7日を限度とします。		
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 与薬	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 →	<input type="checkbox"/> 解熱剤 (38.5℃以上) <input type="checkbox"/> その他薬 <input type="checkbox"/> アレルギー緊急薬 (<input type="checkbox"/> エピペンでの対応可) 【病児保育室利用のみ <input type="checkbox"/> 抗けいれん薬(座薬)】 ※薬品名・用法・容量はお薬手帳参照	◎与薬時間 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他 注意事項			
既往歴 家族歴			

注1 対象児童の居住する区市町村宛に情報提供をした場合に診療情報提供料(1)を算定することができる(250点)。患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 区市町村が正本を保管し、病児・病後児保育実施施設は写しを保管すること。

注3 事業の利用可能年齢は、病児は満1歳以上、病後児は生後6か月以上から就学前までの児童です。

注4 回復期とは、次に掲げるものをいいます。

- 感冒等、日常的にかかる疾患 ⇒ 急性期を経過した以降
- 気管支炎及びぜん息等の呼吸器系疾患 ⇒ 発作が治まった以降
- 麻疹、水痘、風疹等の感染性疾患 ⇒ 他児に感染する恐れのある感染期を経過した以降
- 骨折、熱傷等の外傷性疾患 ⇒ 症状が安定した以降