第４号様式（第１４条関係）

中野区病児・病後児保育事業医師連絡票

○保護者記入欄（あらかじめ、ご記入をお願いいたします。）

児童氏名	保護者氏名
児童生年月日及び性別 年　月　日 生（　歳）　男・女	在籍保育施設
住　所	

○医師記入欄

該当する病名、症状に○印をお願いします。（発症日等の備考があればその他に記入してください。）

（病名）		（症状）	（迅速診断）（検査日　月　日）
01 急性上気道炎	09 インフルエンザ	01 発熱	インフルエンザ　（ A ／ B ／ － ）
02 気管支炎	発症日（　月　日）	（体温　℃）	アデノウイルス　（ ＋ ／ － ）
03 感染性胃腸炎	10 アデノウイルス性咽頭炎	02 下痢	溶連菌　（ ＋ ／ － ）
04 手足口病	11 溶連菌感染症	03 嘔吐	RSウイルス　（ ＋ ／ － ）
05 おたふくかぜ	12 ヘルパンギーナ	04 咳嗽	マイコプラズマ　（ ＋ ／ － ）
（流行性耳下腺炎）	13 RSウイルス	05 喘鳴	ヒトメタニューモ　（ ＋ ／ － ）
06 みずぼうそう（水痘）	14 ヒトメタニューモ	06 発疹	ロタウイルス　（ ＋ ／ － ）
07 咽頭結膜熱（プール熱）	15 新型コロナウイルス感染症	07 その他	ノロウイルス　（ ＋ ／ － ）
08 骨折（体温　℃）	16 その他	（　）	新型コロナウイルス　（ ＋ ／ － ）
	（　）		その他　（　）

食事	□普通食　□下痢食　□ミルク　□離乳食 □アレルギー食（除去内容：　）	
安静度	□　病児・病後児保育室の集団保育が可能 □　隔離室での保育が必要（他の病気の児との接触を避ける。） ※病後児保育室に隔離室はありません。 □　保護者以外（ボランティア）による病児保育が可能。**（ファミリー・サポート事業 特別援助活動）**	
施設での与薬	**□不要　□必要**	□アレルギー緊急薬（□エピペンでの対応可） **※病児保育室利用のみ→**　□解熱剤（38.5℃以上）　□抗けいれん薬（座薬） ※処方内容は、薬剤情報提供書またはお薬手帳を参照
その他 既往歴など	食事、安静度、特記すべき既往歴、そのほか配慮すべきことがありましたらご記入ください。	
利用期間	**（　　）日間程度**	**※記入した日を含む日数で最大7日間** **※必ずご記入ください。**
病児・病後児の 区分 （どちらか選択）	**□ 病気の回復期に至らない（病児保育室の利用が可能です。）** **□ 病気の回復期にある（病後児保育室の利用が可能です。）** ※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後 2 気管支炎及び喘息等の呼吸器系疾患　⇨ 発作が治まった以後 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後 4 骨折、熱傷、火傷等の外傷性疾患　⇨ 症状が安定した以後	
注意事項	・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か月から就学前までの児童です。 ・この様式を書いていただく料金は、患者1人につき月1回に限り、保険診療（診療情報提供料Ⅰ）の扱いとなります。	
診察日時 医療機関	年　月　日	住所 名称 医師名　㊞ 電話番号