

中野区病児・病後児保育事業医師連絡票

中野区長 宛て

年 月 日

医療機関 住所
名称
医師名
電話番号



中野区病児・病後児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	※該当する傷病名及び主な症状の番号に「○」印をお願いします。																		
	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 アデノウイルス感染症 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()																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">主な症状</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 発熱 (診察時体温 ℃)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2 下痢</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3 嘔吐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4 咳</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 喘鳴</td> </tr> <tr> <td></td> <td>6 発疹</td> </tr> <tr> <td></td> <td>7 その他</td> </tr> </table>				主な症状		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
	主な症状																		
	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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> アデノウイルス <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> その他 ()																		
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を参照してください。																
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	月 日 から 月 日まで ※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 (□エピペンでの対応可) (病児保育室利用のみ □抗けいれん薬(座薬)) <small>※薬品名・用法・容量はお薬手帳参照</small>		◎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てに情報提供をした場合に診療情報提供料(I)を算定することができます(250点)。患者1人につき月1回に限り算定します。

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してください。

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。

- 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系疾患 → 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