

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 (流行性耳下腺炎)	12 ヘルパンギーナ	04 咳嗽	マイコプラズマ (+ / -)								
06 みずぼうそう(水痘)	13 RSウイルス	05 喘鳴	ヒトメタニューモ (+ / -)								
07 咽頭結膜熱(プール熱)	14 ヒトメタニューモ	06 発疹	ロタウイルス (+ / -)								
08 骨折(体温 ℃)	15 新型コロナウイルス感染症	07 その他	ノロウイルス (+ / -)								
	16 その他 ()	()	新型コロナウイルス (+ / -) その他 ()								
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容:)										
安静度	<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育室の集団保育が可能 <input type="checkbox"/> 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。										
施設での与薬	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	<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→ □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)	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em;">{</div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 病気の回復期に至らない(病児保育室の利用が可能です。) <input type="checkbox"/> 病気の回復期にある(病後児保育室の利用が可能です。) </div> <div style="font-size: 3em;">}</div> </div> <p>※回復期とは、次に掲げるものをいいます。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 感冒等日常的にかかる疾患</td> <td style="width: 50%;">⇒ 急性期を経過した以後</td> </tr> <tr> <td>2 気管支炎及び喘息等の呼吸器系疾患</td> <td>⇒ 発作が治まった以後</td> </tr> <tr> <td>3 麻疹、水痘、風疹等の感染性疾患</td> <td>⇒ 他児に感染するおそれのある感染期を経過した以後</td> </tr> <tr> <td>4 骨折、熱傷、火傷等の外傷性疾患</td> <td>⇒ 症状が安定した以後</td> </tr> </table>			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
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	Ⓜ								