

# 病児・病後児保育事業利用紹介書 (診療情報提供書)

ひかりの森保育園 園長宛

ひかりの森保育園病児・病後児保育室 利用にあたり必要な情報について、下記の通り提供します。

**(保護者記入欄)**

フリガナ 児童氏名	男・女	生年月日	年 歳 月 カ月
住 所	電話番号		

**(医療機関記入欄)**

主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱( °C) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> その他( )		
検査の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
検査内容/結果			
利用見込期間	<b>受診した本日より( )日間</b> <div style="text-align: right; font-size: small;">※利用可能日数にかかる重要な情報ですので、必ずご記入をお願いします。</div>		

該当する病名・症状(□を付けてください。)

<預かり可能疾患>		<預かり不可疾患>	
<input type="checkbox"/> 感冒、感冒性症候群 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <div style="display: flex; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px; margin-right: 10px;">           感染力が弱く、            頻回の嘔吐・下痢を伴わないもの         </div> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/>伝染性紅斑(りんご病)  <input type="checkbox"/>扁桃腺炎、咽頭炎  <input type="checkbox"/>ヘルパンギーナ  <input type="checkbox"/>その他( )         </div> </div> <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 骨折(部位: ) <input type="checkbox"/> 熱傷 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 (咽頭結膜熱、はやり目以外)		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 (ノロ、ロタ、アデノ等の感染力の強いもの) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 (流行性角結膜炎(はやり目)) <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 髄膜炎菌性髄膜炎 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> その他( )	
※以下受け入れは同一疾患に限る <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 ※1 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく) ※1 <input type="checkbox"/> 風疹 ※1 <input type="checkbox"/> 百日咳 ※1 <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症 ※1 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 ※1 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 ※1 (咽頭結膜熱、はやり目以外)			
※ 上記の病名でも状況に応じて受入不可の場合があります ※1 感染力が強い疾患にて受け入れは同一疾患に限る			

配慮する事項			
処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
薬剤名			
抗 痢 攣 剤	使用しない	・ 使用する	°C以上 (薬品名)

令和 年 月 日	<b>&lt;医療機関&gt;</b> 病院名 所在地 電 話 担当医師氏名		
	印		

\*裏面に病児・病後児室のご利用に関する重要事項があります。保護者の方は、必ず裏面をご確認ください。

## 病児保育室（急性期）の利用できない病状について

下記の症状および状態にある場合は、利用できませんのでご了承ください。

また、症状が強くなった場合や受け入れの時の症状とは別の症状が出現した際にはお迎えのご連絡をいたしますので、早めにお迎えに来ていただくようお願ひいたします。

- 施設の構造、施設において空気感染に対応できる陰圧室がないため、空気感染の疾患（結核、麻疹、水痘）、インフルエンザや新型コロナウイルス等、前ページに記載されている感染力が強い感染症はご利用できません。
- 38.5度以上の熱がある。（熱性けいれんの既往がある方は異なります）
- ぐったりしている。
- 咳や喘鳴がひどく呼吸困難がある。（苦しそう）
- 下痢や嘔吐のため、脱水症状がある。（ぐったりしていて元気がない。おしっこが出ない。）
- 水分・食事を摂ることができない状態である。
- 水様便・嘔吐が頻回にある。
- 感染症の検査結果待ちの場合は、病児・病後児室の利用はできません。

以上、規約の内容を確認、承認したうえで利用について同意します。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

保護者サイン \_\_\_\_\_