

病児保育利用申込書（診療情報提供書）

（宛先） みなここ保育園

下記の通り、病児保育の利用を申込みます。

【保護者記入欄】

申込者(保護者)氏名		児童との続柄	
児童氏名		性別	
		生年月日	年 月 日
在園所名		緊急連絡先	

【医師記入欄】 みなここ保育園病児保育施設の利用にあたり下記のとおり病名を診断します。

（病児保育は医師の許可がなければ利用することはできません。）

利用期間	月 日 ~ 月 日 ※最大、医師の診断後2日間		
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(腫れが引いてから) <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 水痘(発疹がすべて痂皮化していれば可能) <input type="checkbox"/> 骨折() <input type="checkbox"/> 気管支喘息(喘息発作が出ているときは利用できません) <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症(状態良好で主治医が許可した場合) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症(陽性診断後抗生剤を服用し48時間経過した時) <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症(状態が良好で主治医が許可した場合は受け入れ可能) <input type="checkbox"/> インフルエンザA,B(医師の診断後、解熱後3日以降なら受け入れ可能) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症(医師の診断後、解熱後3日以降なら受け入れ可能) <input type="checkbox"/> ノロ・ロタウイルス(嘔吐、下痢が治まり水分、食事がとれる場合は受け入れ可能)		
	※下記の場合は当園では受け入れすることができません。 ・流行性結膜炎・麻疹・百日咳・頭ジラミ・疥癬 ・同居ご家族が新型コロナウイルス感染症陽性で、発症より2日以内の場合 ・同居ご家族が新型コロナウイルス感染症陽性で、発症より3日以上経過しているが、当日朝、医療用抗原検査かPCR検査で陽性だった場合 ・当日朝38.0度以上の熱がある場合 ・1歳の誕生日を過ぎてMR(麻疹・風疹ワクチン)、水痘ワクチン、BCGの接種を受けていない場合 ・水分など経口摂取が出来ない場合・熱性けいれん後48時間経過していない時		
入院の必要性	<input type="checkbox"/> なし ※入院が必要な場合、病児・病後児保育はご利用できません		
隔離の必要性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
主な症状			
現在の投薬処方	処方	薬剤名	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	用量・用法	
病児で使用する頓用薬と定期吸入薬	<input type="checkbox"/> あり	薬剤名	
		用量・用法	
配慮を要する事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
年 月 日			
【医療機関】			
所在地			
名称			
電話番号			
担当医師氏名			
印			

黒枠内のすべてにご記入をお願いします。

※医療機関の方へ

「病児保育利用申請書(診療情報提供書)の文書料は、診療情報提供料(I)の扱いとなります。