

こどもカンパニー

病児保育利用連絡 兼 診断書

※医療機関様へ 太枠内のご記入をお願い致します。

保育利用にあたり以下の患者についての診療情報を提供します

患者氏名		性別	( 男 ・ 女 )
生年月日	年 月 日	年齢	才・ヵ月
保護者氏名		連絡先電話番号	

病児保育利用が可能な病気

※アデノウイルスは、下記の登園許可が必要な病気に該当する場合がございます。

※利用期間は1週間以内でご記入をお願い致します。

病名・症状・利用期間	1 急性上気道炎 (検査 未・済{ )	8 手足口病
	2 気管支炎	9 ヘルパンギーナ
	3 肺炎	10 伝染性紅斑
	4 喘息	11 突発性発疹
	5 流行性嘔吐下痢症	12 反復性耳下腺炎
	6 自家中毒	その他( )
	7 中耳炎	
	利用期間 月 日～ 月 日まで( 日間)	

登園許可が必要な病気

病名・症状・利用期間	0 同上にて継続利用	※13～21は他児に感染の恐れがない状態での回復期利用のみ可能です
	1 急性上気道炎	13 麻疹
	2 気管支炎	14 風疹
	3 肺炎	15 結核
	4 喘息	16 百日咳
	5 流行性嘔吐下痢症	17 水痘・带状疱疹
	6 自家中毒	18 流行性耳下腺炎
	7 中耳炎	19 インフルエンザ
	8 手足口病	20 重症アデノウイルス感染症(流行り目)
	9 ヘルパンギーナ	21 " (プール熱)
	10 伝染性紅斑	
	11 突発性発疹	その他( )
	12 反復性耳下腺炎	
	利用期間 月 日～ 月 日まで( 日間)	

保育中に関わる処方・処置の指示

処方	処置指示
医療機関名 及び 診断医師名	

保護者記入欄

お子様の主症状:	熱 咳 鼻水 喉いたい 頭痛 腹痛 下痢 おう吐
(あてはまるものに○)	食欲不振 ゼイゼイ けいれん めやに 耳ダレ 発疹(かゆい・かゆくない)
	その他( )
最終使用薬剤:	内服 時頃 頓用等
	坐剤 時頃
	使用薬剤: 上記処方・それ以外( )
緊急連絡先(氏名):	
利用時間・送迎者:	時 分～ 時 分 お迎え( )

※他種ウイルスのお子さまと同室になる場合がございます。ご了承下さい。

病児保育利用連絡 兼 診断書

※医療機関様へ 太枠内のご記入をお願い致します。

保育利用にあたり以下の患者についての診療情報を提供します

患者氏名	本人確認のため、	性別	(男・女)
生年月日	受診医療機関様での記入を	年齢	0歳児のみ月齢で、
保護者氏名	お願い致します。	連絡先電話番号	ご記入下さい

病児保育利用可能な病気

病名・症状・利用期間	0 急性上気道炎 (検査 未・済) 検査で検出された菌・ウイルスの記載をお願いします
	2 気管支炎 8 手足口病
	3 肺炎 9 ヘルパンギーナ
	4 喘息 10 伝染性紅斑
	5 流行性嘔吐下痢症 11 突発性発疹
	6 自家中毒 12 反復性耳下腺炎
	7 中耳炎 その他 (病名不明の際はこちらに症状の記載をお願いします)
利用期間	利用期間は1週間以内でご記入をお願い致します。(日間)

登園許可が必要な病気

病名・症状・利用期間	0 同上にて継続利用 <病児保育利用の場合で、保護者様が回復期も継続利用を希望される際にはお手数ですが併せてご記入下さい
	1 急性上気道炎 14 風疹
	2 気管支炎 15 結核
	3 肺炎 16 百日咳
	4 喘息 17 水痘・带状疱疹
	5 流行性嘔吐下痢症 18 流行性耳下腺炎
	6 自家中毒 19 インフルエンザ
	7 中耳炎 20 重症アデノウイルス感染症(流行り目)
	8 手足口病 21 " (プール熱)
	9 ヘルパンギーナ
	10 伝染性紅斑
	11 突発性発疹
	12 反復性耳下腺炎 その他( )
利用期間	回復期で、本人の体調が良ければ通常登園も可能ではあるが念のため安静を要すると思われる期間の日数をご記入下さい

保育中に関わる処方・処置の指示

処方	保育時間帯の内服がある場合はその旨を必ずご記載下さい 副作用の出やすい薬剤や、初めて処方の抗生剤等も明記頂けると有り難く存じます	処置指示	吸入や坐剤等、どの状態になったら(痙攣時のダイアップ使用やSpO2低下時のネブライザーなど) 処置指示があればご記入をお願いします
医療機関名 及び 診断医師名			
医療機関様の名称と Dr.のお名前がわかるサインまたは押印をお願い致します			

保護者記入欄

お子様の主症状: 熱 咳 嘔吐 喉いたい 頭痛 腹痛 下痢 おう吐 (あてはまるものに○) 食欲不振 ゼイゼイ けいれん めやに 耳ダレ 発疹(かゆい・かゆくはない) その他( ) (あてはまるものに○をお願いします)

最終使用薬剤: 内服 時頃 頓用等 坐剤 時頃

使用薬剤: 上記処方・それ以外 (上記医師記載欄の処方以外の場合は薬剤名も記載をお願いします)

緊急連絡先(氏名): 状態悪化時などに確実に連絡のつく電話番号のご記入をお願いします

利用時間・送迎者: おおよそ何時から何時のご利用で誰がお迎えにいらっしゃるかご記入ください

※ 枠の説明に沿ってご記入下さい