病児・病後児保育医師連絡票

主治医 ⇒ 保護者 ⇒ 施設

※利用する日に提出

この様式を書いていただく料金は保険診療
(診療情報提供料 I) の扱いとなります。

(宛先) すまいる保育園

病児・病後児保育の利用について、次のとおり診療情報を提供いたします。

保護者記入欄	利用する保育	□病児保育 (急性期)		□病後児保育 (回復期)		
	園児	フリガナ	性別		生年月日 年 月 日 年 齢	年 月 日 (歳 か月)
			□男	□女		
	保護者	住所				
氏名		(続柄)				
緊急連絡先						

※性別欄は、戸籍上の性別に○印をしてください。

主治医記入欄	該当する病名・症状などに○をお願いします。					
	(病名)			(症状)		
	01 急性上気道炎	13 手足口病	01 発熱	05 喘鳴		
	02 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	02 下痢	06 発疹		
	03 肺炎	15 百日咳	03 嘔吐	07 その他		
	04 喘息・喘息性気管支炎	16 インフルエンザ	04 咳嗽	()		
	05 溶連菌感染症	17 水痘	(迅速検査実施状況)			
	06 RSウイルス感染症	18 麻疹	・新型コロナウイルス感染症			
	07 アデノウイルス感染性	19 風疹	(抗原・PCR) (十・一)			
	08 ヒトメタニューモウイルス感染症	20 腸管出血性大腸菌	・インフルエンザ (十・一)			
09 感染性胃腸炎	21 結核	・その他 (検査名)				
10 結膜炎	22 新型コロナウイルス感染症	(検査結果)				
11 伝染性膿痂疹	()					
12 突発性発疹	()					
病児・病後児育 の利用区分 ○印	1 病児保育として可 (回復期に至らない) ※病名14~22については病児 保育は利用不可	2 病後児保育として可 (回復期)	3 否 (利用不可)			
利用期間	年 月 日 ~	年 月 日	利用見込み	日間		
指示事項	保育上の注意	1 なし	2 あり ()			
	飲食上の注意	1 なし	2 あり ()			
	与薬上の注意	1 なし	2 あり ()			
	隔離の有無	1 なし	2 あり ()			
	その他	配慮すべきことがありましたらご記入ください。				
年 月 日						
医療機関 所在地 医師名 Ⓜ						