①

病児・病後児保育利用申込書(診療情報提供書)

年　　月　　日

（宛先）マザー保育園山の手
下記の通り、病児・病後児保育の利用を申込みます。

申込者（保護者）氏名				児童との続柄	
ふりがな 児童氏名		男　・　女	生年月日	年　　月　　日生	
在籍園所名			緊急連絡先		

マザー保育園山の手病児・病後児保育施設の利用に当たり下記のとおり病名を診断します。　※医師記入欄
（病児保育・病後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。）

利用保育	**□病児保育　　□病後児保育（回復期）※いずれか一つにチェックをしてください**
病名	□　上気道炎 □　扁桃腺炎 □　クループ症候群 □　気管支炎 □　伝染性膿痂疹 □　喘息様気管支炎 □　気管支喘息 □　感染性胃腸炎 □　気管支喘息　（喘息発作が出ているときは利用できません） □　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） □　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） □　RSウィルス感染症（状態が良好で主治医が許可した場合は受け入れ可能） □　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） □　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） □　骨折（　　） □　ヘルパンギーナ □　突発性発疹症 □　中耳炎 □　風疹 □　手足口病 □　流行性耳下腺炎（腫れが引いてから） □　水痘（発疹がすべて痂皮化していれば可能）
	※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 ・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	□　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	□　あり　　□　なし　　□　同一疾患であれば必要なし
主な症状	
現在の投薬処方	**処　方**　□あり　□なし　／　薬剤名　／　用量・用法
病児で使用する頓用薬と定期吸入薬	□あり　／　薬剤名　／　用量・用法
配慮を要する事項	□　なし　　□　あり（　　）
利用期間	月　日　～　月　日　※病児最大２日間　病後児最大４日間

年　月　日

【医療機関】

所在地

名称

電話番号

担当医師氏名　　印

医師記入欄のすべてにご記入をお願いします。

※医療機関の方へ
「病児・病後児保育利用申請書（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。