様式第4号(第9条関係)

伊佐市病児・病後児保育事業　診療情報提供書

※印は保護者記入

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※ふりがな | 　 | ※生年月日　　　　　年　　月　　日生(　　　歳) |
| ※児童氏名 | (男・女) |
| 　子どもの病状急変の場合、病児・病後児保育事業実施施設と連携し、保護者の責任のもとで適切に対応します。※保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　 |

　事業を利用するとき、この意見書を医療機関で記入してもらい、申請書に添付して提出してください。

　これより下記は医療機関で記入してください。(病名、症状は□にレ印でお願いします。)

|  |  |
| --- | --- |
| 疾病等 | 病状 |
| □　流行性耳下腺炎□　麻疹□　水痘□　百日咳□　インフルエンザ(A型・B型)□　RSウイルス感染症□　単純疱疹□　帯状疱疹 | □　感染症候群□　感冒性嘔吐症□　感染性胃腸炎(細菌性)□　感染性胃腸炎　(ウイルス性：　　　　　)□　溶連菌感染症□　アデノウイルス感染症□　ヘルパンギーナ□　突発性発疹□　手足口病□　伝染性紅斑(りんご病) | □　咽頭炎・扁桃炎□　気管支炎□　気管支喘息□　喘息性気管支炎□　中耳炎・外耳炎□　結膜炎(流角結を含む)□　膿痂疹□　外傷□　その他 | □　発熱□　下痢□　嘔吐□　咳嗽□　喘鳴□　発疹□　鼻汁□　その他 |
| 医師からの意見上記の症状・病名における病児・病後児保育事業実施施設の対応について | 連絡事項 |
| 安静度 | □　ベッド上安静　　　□　室内安静　　　□隔離室で隔離□　室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) |
| 飲食 | □　ミルク　　□　お茶　　　□　湯冷まし　　□　果汁　　□　イオン飲料□　おかゆ　　□　普通食　　□　軟食　　　　□　その他(　　　　　　　　　　) |
| 投薬等 | □　朝(自宅)　　□　昼　　□　食間　　□　夕(自宅)□　飲み薬(粉・水薬)(抗菌剤・整腸剤・鎮咳剤・その他　　　　　　　　　　　)□　貼り薬　　□　軟膏　　□　その他(　　　　　　　　　　)□　吸引・吸入の必要性 |
| 診察日(　　　　　年　　　月　　　日)　　　□　①　病児・病後児保育事業の利用ができる。　　　□　②　病児・病後児保育事業の利用はできない。　　　　　医療機関名　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |