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 | | | | | |