

病児保育事業診療情報提供書

(大和市病児保育室ぽかぽか)

大和市長 あて

医療機関 所在地
 名称
 電話
 担当医師 氏名 印

<主治医の先生へお願い>
 この用紙は、児童が「大和市病児保育室ぽかぽか」を利用するために必要なものです。
 病児保育事業は、当面症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていない児童を対象としています。診療の上、当事業を利用することに支障がないと認められる場合には、下記にご記入いただき、保護者へお渡しくださるようお願いいたします。(利用できない疾病等は裏面をご覧ください。)
 大和市に居住する児童については、保険診療（診療情報提供料 I）の扱いでお願いします。(患者 1 人につき月 1 回限りの算定となります。)

病児保育事業の利用にあたり、次のとおり診療情報を提供します。

児童氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日	
病 名	<input type="checkbox"/> 感冒	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎		
	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱	<input type="checkbox"/> A群溶連菌咽頭炎	<input type="checkbox"/> 手足口病		
	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 気管支喘息		
	<input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症	<input type="checkbox"/> 嘔吐・下痢		
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 風疹		
	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹（とびひ）			
	<input type="checkbox"/> その他（				
			）		
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> その他（				
保育の留意点	<input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室				
保育室で投与する薬	無 ・ 有 与薬方法： <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 指定時間（ 薬剤名 []				
病児保育室への指示 連絡事項（所見）					

※病児保育室の利用期間は、連続する7日以内です（休業日及び医師の所見がある場合を除く。）

※一度に予約できる日数は、原則3日以内です（登園（校）基準のある疾病は登園（校）停止期間内の予約は可能、同一疾病であれば再度の予約は可能です。）

<お問い合わせ先> 大和市病児保育室ぽかぽか 046-263-5115
 大和市こども部ほいく課 046-260-5672

大和市病児保育室ほかほかを利用できない疾病・症状

【病名】

インフルエンザ （ただし、診断の翌日以降から利用可能。）

麻疹 結核 腸管出血性大腸菌感染症 流行性角結膜炎 急性出血性結膜炎

A型肝炎

【症状】

① 39℃以上の発熱が続いている。（ただし、医師の所見により利用可能。）

② 脱水症状の兆候がある。

③ 咳・喘鳴により呼吸困難な状態にある。

④ 食事をとることができない。

⑤ 症状が急変する可能性が認められる。

(2016.4.1)

病児保育事業利用申込書

大和市長 あて

平成 年 月 日

申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____

病児保育事業を利用したいので、次のとおり診療情報提供書を添えて申し込みます。

児童	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢	歳	
緊急連絡先		① 連絡先	電話	—	—		
		② 連絡先	電話	—	—		
利用の理由		保護者の状況 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他()					
お迎え予定時間		時 分頃					
お迎えに来る人		<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他() *本人確認ができるものを提示のこと。					
生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、受給者証を提示してください。)					
主治医 (かかりつけ医)		医療機関名	担当医師	電話番号			

昼食	<input type="checkbox"/> 昼食を持参する <input type="checkbox"/> 昼食を依頼する (アレルギーのある方は昼食・おやつを持参してください。)
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (除去食材:)
与薬 (処方薬に限る。)	<input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない

児童の状況

症 状							
発症日	月 日 () 頃から	嘔 吐	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
体 温	平熱 ℃		今朝 ℃	昨日 回	今朝 回	昨夜 ℃	
睡 眠	: ~ :	便	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 水様		昨日 回	今朝 回	
朝 食	内容 () (食欲: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	発 疹	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)				
授 乳	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク (ml) : 頃	かゆみ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)				

※ 児童の症状が急変し市立病院を受診したときは、通常の医療費のほか、非紹介者の初診時選定療養費1,800円(税別)がかかります(保険外診療)。