医 師 連 絡 票

ハート保育園　病児・病後児保育室　宛　　令和　　年　　月　　日

児童の氏名 年　　月　　日生（　　歳）男・女	
年　　月　　日　診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。	
【　　】病児保育可能 （児童が病気の回復期に至らないが、当面の症状の急変が認められない場合）	
【　　】病後児保育可能 （児童が病気の回復期であるが、集団生活が困難な時期である場合）	
病名・症状名 （該当するものの番号に○印をおつけください。）	1.急性上気道炎　9.流行性耳下腺炎 2.気管支炎・肺炎　10.麻疹　※ 3.喘息・喘息性気管支炎　11.水痘　※ 4.嘔吐下痢症　12.風疹　※ 5.感染性胃腸炎　13.インフルエンザ（A型・B型） 6.周期性嘔吐症（自家中毒症）※　14.溶連菌感染症 7.突発性発疹症　15.中耳炎 8.手足口病　16.膿痂疹（とびひ） 17.その他（　　） ※ハート保育園　病後児保育では次の病名、症状はお預かり出来ませんので予めご了承ください。 （発熱、経口摂取、嘔吐、麻疹、水痘、風疹、周期性嘔吐症、その他医師の判断による症状） 【病名不明の場合】 18.発熱　19.下痢　20.嘔吐　21.咳嗽　22.喘鳴　23・発疹 24.その他（　　）
隔離の要否	必要　・　不要 ※隔離が必要な場合、診療医から保護者の方へ説明お願いします。
診断医療機関名 及び電話番号	診断医師署名 印

※太枠は医師が記載し、その他は保護者が記載すること。

保育上の留意点	特に制限なし　・　ベット安静　・　その他（　　）
安静	特に制限なし　・　絶食　・　その他（　　）
食べ物	特に制限なし　・　ベット安静　・　その他（　　）
薬	
熱性けいれん既往ある児	ダイアップ坐剤　使用　　可　　・　　不可
アレルギー	無　・　有　（種類　　）症状（　　）
その他留意事項	

医師より上記の説明を受けた上で、（　病児　・　病後児　）保育を申し込みます。

保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【連絡事項】

保護者の勤務場所 （所在地）			
緊急連絡先 （氏名・電話番号）	（第一）	電話番号	関係（　　）
	（第二）	電話番号	関係（　　）
お迎え予定者			関係（　　）

※医療機関の方へ

診療情報提供書の文書料は、診療情報提供料（Ⅰ）または小児科外来診療料のどちらかで算定できます。

（小児科外来診療料には診療情報提供料（Ⅰ）が含まれているため、診療情報提供料（Ⅰ）を算定することができません。）