病児保育事業利用紹介書

（診療情報提供書）

企業主導型保育園　太陽のパダワン 園長宛

太陽のパダワン　病児保育室 利用にあたり必要な情報について、下記の通り提供します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |
| 病名等 | □感冒、感冒性症候群　　　　　　　□ヘルパンギーナ  □扁桃腺炎、咽頭炎　　　　　　　　□手足口病  □気管支炎　　　　　　　　　　　　□上気道炎　　　　　　　　　　　　□伝染性膿痂疹　　　　　　　　　　□流行性耳下腺炎　　　　　　　　　　　　　　□気管支喘息、喘息様気管支炎　　　□肺炎  □感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）□骨折  □中耳炎　　　　　　　　　　　　　□熱傷  □溶連菌感染症  □その他  　( )  ※上記の病名でも状況に応じて受入不可の場合があります  ※預かりに関してご質問がある場合はご確認ください。 | | |
| 病名不明の時 | □発熱□下痢□嘔吐□咳　□喘鳴□発疹□その他（　　　　　） | | |
| 隔離の必要性 | □必要　□必要なし | | |
| 入院の必要性 | □必要　□必要なし　※入院が必要な場合、受入不可 | | |
| 安静度 | □ベッド上安静　□室内安静（ベッド上での生活が主）  □室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い） | | |
| 薬剤の処方 | □なし　□あり  薬剤名  与薬方法　□食前　□食間　□食後　□その他（　　　　　　） | | |
| 配慮を要する事項 |  | | |
| 上記の症状は　１．感冒、消化不良症（多症候性下痢）等児童が日常罹患する疾病  ２．流行性耳下腺炎、風疹等の伝染性疾患  ３．喘息等の慢性疾患  ４．熱湯等の外傷性疾患　　　　　　　　　により紹介します。 | | | |
| 令和　　年　　月　　日　　　＜医療機関＞  病院名  所在地  連絡先  電　話  担当医師氏名 | | | |