年　　　月　　　日

**病児・病後児保育診療情報提供書(医師連絡票)**

和束町長　　様

医療機関　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師名　　　　　　　　　　　　印

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

なお、記入した個人情報を和束町及び実施施設で共有することを承認します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童(患者)氏名 |  | 性別 | | 男　　・　　女 |
| 生　年　月　日 | 平成  令和　　　　年　　　　月　　　　日　　(　　　歳　　　ヶ月　) | | | |
| 児童(患者)住所 | 和束町 | | | |
| 病名・症状 | □　 咽頭炎  □　 扁桃炎  □　 気管支炎  □　 喘息・喘息性気管支炎  □　 RSウイルス感染症(回復期のみ)  □　 マイコプラズマ肺炎(回復期のみ)  □　 感染性胃腸炎(回復期のみ)  □　 細菌性胃腸炎  □　 溶連菌感染症(回復期のみ) | | □　腸管出血性大腸菌（回復期のみ）  □　中耳炎・外耳炎  □　ヘルパンギーナ（回復期のみ）  □　突発性発疹  □　手足口病  □　伝染性紅斑(回復期のみ)  □　インフルエンザA・B  □　コロナウイルス感染症  □　その他( 　 ) | |
| 病名未確定時の症状 | □ 発熱　　□ 下痢　　□ 嘔吐　　□ 発疹　　□ 喘鳴  　□ 咳嗽　　2その他( ) | | | |
| 安静度 | □　ベッド上安静　　　　　　□　隔離室で隔離  □　室内安静(ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可)  □　室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) | | | |
| 病　　期 | * 急性期(発熱時等)　　　　　□　回復期(解熱・微熱等) | | | |
| 病児・病後児保育事業利用の可否 | 可　 　・　　不可 | | | |
| 注意点・指示等 |  | | | |

※合併症出現リスクおよび他児への感染症リスクが高い疾患については受け入れできません。

　　　また、医療行為ができないため、全身状態が悪いお子様はお預かりできませんのでご了承下さい。

**「判断基準」**

　　　・病名については、感染力が強いものが含まれていますが、病状から回復期にある場合(発症から

　　　　一定期間経過していること、今後改善の見込みがみられること等)は受入可とします。

　　　・病児・病後児保育事業利用の可否については、下記の基準により判断していただきますよう、

お願いします。

記

　　①特に感染力が強く、免疫がない場合に100％感染する疾患「水ぼうそう　空気・飛沫感染」「麻疹

　　　(はしか)　空気・飛沫・接触感染」、また「流行性角膜炎　飛沫・接触感染」については、原則受入

不可とします。また、学校保健安全法の規定に基づき、出席停止が義務付けられている疾患「流行

性耳下腺炎」、「百日咳」、「風疹」についても受入不可とします。

　　➁受入可能な病名であっても、次の症状「下痢、嘔吐がひどい」、「脱水症状がある」、「喘鳴がひどい」、

　　　「呼吸困難がある」、「熱があり、ぐったりしている」等、今後病状が悪化することが見込まれる場合

　　　は、医師の判断により受入不可と判断いただきますようお願いします。