

## 病後児保育事業診療情報提供書

いかわこども園 園長 様

医療機関 所在地

名 称

担当医師名

印

電話番号

FAX

病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

患者氏名	性別	生年月日	平成・令和	年	月	日
	男・女					

病 名	1 急性上気道炎	10 流行性耳下腺炎
	2 気管支炎・肺炎	11 麻疹
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 水痘
	4 嘔吐下痢症	13 風疹
	5 感染性胃腸炎	14 インフルエンザ
	6 周期性嘔吐症（自家中毒症）	15 溶連菌感染症
	7 突発性発疹症	16 中耳炎
	8 手足口病	17 膿痂疹
	9 伝染性紅斑（りんご病）	18 その他： _____
	（病名不明のとき）19 発熱 20 下痢	
	21 嘔吐 22 咳嗽 23 喘鳴 24 発疹	
現在の投薬 処方	無・有	
	有の場合：内容、頻度等	
食事について	1 ミルク 2 牛乳のみ 3 離乳食（前期・中期・後期） 4 幼児食 5 下痢食 6 アレルギー食（除去内容： _____）	
保育上の 留意点	1 ベッド上の安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静（他児との静かな遊び可） 4 室内保育（他児との普通の遊び可）	
その他の 留意事項	病後児保育が必要な期間： _____ 日（集団保育が困難な時期）	

## ※主治医の先生へのお願い

この用紙は、病気回復期のお子様が病後児保育事業を利用するために必要なものです。診療のうえ、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上記の項目にご記入いただき、児童の保護者へお渡しくださるようお願いいたします。

病後児保育事業の保育体制についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

《問い合わせ先》 社会福祉法人猪川愛児会 いかわこども園 電話番号 26-3212