

キッズドリーム園病後児保育室 利用に係る診療情報提供書

病後児保育の利用にあたり、必要な情報について下記の通り提供します。

ふりがな 児童氏名		生年月日	年	月	日
--------------	--	------	---	---	---

医師の確認欄

1 病名または、かかっていた病気と現在の症状(病名・症状に○印)

病名	01 上気道炎	14 ヘルパンギーナ	現在の症状 (急性期を 過ぎて いること)	24 なし
	02 気管支炎	15 伝染性紅斑		25 発熱
	03 気管支ぜんそく	16 流行性耳下腺炎		26 下痢
	04 肺炎	17 麻疹		27 嘔吐
	05 急性胃腸炎	18 風疹・風疹様症候群		28 咳
	06 感染性胃腸炎	19 溶連菌感染症		29 喘鳴
	07 周期性嘔吐症	20 百日咳		30 発疹
	08 中耳炎・外耳道炎	21 インフルエンザ (A型・B型)		31 外傷・骨折
	09 結膜炎(※1)	22 咽頭結膜炎 (アデノウイルス感染症)		32 その他
	10 水痘	23 その他 ()		
	11 膿痂疹			
	12 突発性発疹症			
	13 手足口病			

※ 流行性角膜炎を含む

2 安静度

<input type="checkbox"/> ベッドの上で静かに過ごすこと。	<input type="checkbox"/> 感染する可能性がある。
<input type="checkbox"/> 安静室で過ごすこと。(ベッドの生活が主・静かな遊びなら可)	<input type="checkbox"/> 隔離が必要。
<input type="checkbox"/> 室内でなら、他の児童と静かにあそぶことも出来る。	

3 投薬の有無等

<input type="checkbox"/> 飲み薬(水薬・散剤・錠剤・カプセル)	<input type="checkbox"/> 塗り薬(薬剤名)
<input type="checkbox"/> その他の薬(薬剤名)	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギーがある。

4 既往症・特記事項

既往歴	<input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん()回 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()
-----	---

特記事項	保育上留意すべき点() 下痢食 (要 不要) 食物アレルギー(除去内容)
------	---

(宛先)キッズドリーム園施設長
児童の状況は上記のとおりです。

令和 年 月 日
医療機関住所
医療機関名
医師名
電話番号

印