

医療機関の方へ

おおはら保育園病児保育では、お子様を安全にお預かりするために、医師連絡票を提出していただいております。診察時、病児保育が可能な病状に該当する場合、医師連絡票にご記入下さいますようお願い申し上げます。

1. 第一条件

a. 診断名	今回の症状で医療機関を受診しており、診断が明確である
b. 利用当日	38.5℃以上の高熱を出していない 又は、38.5℃未満で利用前日より体温が下がり、状態が安定している
c. 栄養補給	水分摂取・食事摂取が可能で脱水症状がない
d. 消化器症状	嘔吐は利用前12時間内になく、水様性の下痢ではない
e. 処置	内服・外用薬以外の諸処置(点滴や創部保護剤の交換など)を必要としない
f. 治療	①難治性の疾患、重篤な疾患と診断され入院措置や継続的な治療を要する状況でない ②免疫抑制剤の投与中などで、免疫機能が著しく低下している状態でないとき ③感染しやすく一旦感染すると重症になる危険性が低い ④てんかん発作を頻発していない
g. その他	医師により集団保育不可能と診断されていない

2. 第一条件を満たして、お預かり可能な診断名

- | | | | | |
|-----------|-----------|------------|----------|---------|
| 1) 急性鼻咽頭炎 | 2) 急性気管支炎 | 3) 感冒 | 4) 急性中耳炎 | 5) 手足口病 |
| 6) 伝染性紅斑 | 7) 突発性発疹 | 8) ヘルパンギーナ | 9) 胃腸炎 | |

3. 第一条件と、受け入れ基準を満たす必要がある診断名

診断名	受け入れ基準
10) 麻疹	発疹のピークを超えて、解熱後3日経過している
11) 風疹	解熱し、発疹が消退している
12) 水疱瘡 水痘	すべての発疹が痂皮化している
13) 流行性耳下腺炎	腫脹後5日間が経過し、経口摂取が可能
14) 百日咳	特有の咳が消失または5日間の適切な抗生物質製剤による治療が終了している
15) インフルエンザ	発症後4日目で降である
16) ウイルス性嘔吐下痢症 (ノロ/ロタウイルス疑い含む)	第一条件 d.に準ずる
17) 流行性角結膜炎	発症から2週間経過し、症状(目脂・充血・眼瞼腫脹など)が消失している
18) 咽頭結膜熱(プール熱) アデノウイルス感染症	主症状(発熱・咽頭発赤・目の充血・眼脂)が消退後2日経過している
19) 溶連菌感染症	抗菌薬を飲み始めている
20) 腸管出血性大腸菌感染症	症状が改善し、医師により感染の恐れが無いと認められ、希望があれば利用可能
21) 急性出血性結膜炎	上記条件を満たし医師による病児保育の許可があれば可能
22) マイコプラズマ感染症	抗菌薬を内服している
23) RS/ヒトメタニューモウイルス 感染症	諸症状が安定し、食事・水分摂取が可能
24) 外科的疾患(骨折など)	一般保育所での保育が困難だが、保育士の介助があれば日常生活が送れる状態

医師連絡票（診療情報提供書）

令和 年 月 日

《保護者記入欄》 太枠内のみご記入ください

児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日		(歳 カ月)
児童住所			
保護者氏名		電話番号	

《医療機関記入欄》

病名・病状名 (該当する病名・病状に チェックをご記入ください)	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒用症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ__型 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳道炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎(ノロ・ロタ) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流行性を含む) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(アデノウイルス) <input type="checkbox"/> RS ウイルス	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 喘鳴・喘鳴性気管支炎 <input type="checkbox"/> 骨折(部位: _____) <input type="checkbox"/> 熱傷(部位: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
	【病名不明の時】 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
病児室利用	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
病状	<input type="checkbox"/> 急性期	<input type="checkbox"/> 回復期
同じ診断名の 他児との同室	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
異なる診断名の 他児との同室	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 通常保育(他児と室内で普通に遊んで良い)	
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 その他指示:	
薬剤の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(薬剤名: _____) 与薬方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
その他注意事項		
利用必要期間(最大5日)	年 月 日	～ 年 月 日

医療機関:

所在地:

電話番号:

担当医師氏名:

印

おおはら保育園