

すまいる保育園桂木病児・病後児保育事業利用紹介書
(診療情報提供書)

お願い：主治医及び保護者の方へ

当園は、麻疹、水痘、風疹、シラミ、疥癬、アデノウイルス感染症、ノロウイルス・コロナウイルスについては受け入れ不可になっております。疑いがある場合には除外お願いいたします。

すまいる保育園桂木園長宛

すまいる保育園桂木病児・病後児保育事業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
病名等	<input type="checkbox"/> 感冒、感覚性症候群 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎、咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息、喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ ___型 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	
※麻疹、水痘、風疹、シラミ、疥癬、アデノウイルス感染症、感染性胃腸炎、 コロナウイルスについては受入不可			
迅速検査の実施状況			
回復までにかかる日数			
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッド上での生活が主） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い）	<input type="checkbox"/> 隔離	
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"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
配慮を要する事項			
既往歴に対する医師指示等			
年　月　日 <医療機関> 所　在　地 名　称 電　話　番　号			
担当医師氏名			