

稲沢市病児・病後児保育施設利用連絡票

年 月 日

稲沢市長 殿

医療機関 所在地

名称

医師名

傷 病 名	01.感冒	13.百日咳	22.新型コロナウイルス 感染症
	02.インフルエンザ（A型・B型）	14.アデノウイルス感染症 （流行性角膜炎を除く。）	23.新型コロナウイルス 感染症疑い
	03.RS ウィルス感染症	15.伝染性紅斑（りんご病）	24.その他 （ ）
	04.マイコプラズマ感染症	16.周期性嘔吐症（自家中毒）	25.病名不明
	05.喘息・喘息性気管支炎	17.膿痂疹（とびひ）	a.発熱 b.下痢
	06.感染性胃腸炎	18.中耳炎	c.嘔吐 d.咳嗽
	07.溶連菌感染症	19.麻しん（はしか）	e.喘鳴 f.発疹
	08.手足口病	20.水痘（みずぼうそう）	
	09.ヘルパンギーナ	21.流行性角結膜炎（はやり目）	
	10.風しん（三日ばしか）		
	11.流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）		
	12.突発性発疹症	注 該当する傷病名の番号等に○を付けてください。	
病児・病後児保育 利用の可否	<input type="checkbox"/> 施設利用可 <input type="checkbox"/> 施設利用不可		
病児・病後児保育 利用可能期間	月 日 から 日 程度		
安静度	<input type="checkbox"/> 室内保育 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 布団上安静		
隔離の有無	<input type="checkbox"/> 隔離無（ 標準予防策を行う ） <input type="checkbox"/> 隔離有（ 飛沫感染 ・ 接触感染 ）		
当院処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬品名： 特記事項： ）		
その他留意事項			

※事前に下記枠内を記入し、医師に提出の上、医師記入後に稲沢市病児・病後児保育施設へ持参してください。

保護者 記入欄	児童氏名	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 生	

診察医 様

平素は、稲沢市の子育て行政に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、市では病気回復期並びに病気回復期に至らない乳幼児及び小学生を施設で一時的にお預かりする「稲沢市病児・病後児保育事業」を実施しております。

つきましては、この事業を利用するに当たり、「稲沢市病児・病後児保育施設利用連絡票」(本書)が必要となりますので、お手数をおかけしますが、各事項にご記入いただきますようお願いいたします。

なお、病児・病後児保育施設の協力医療機関より、必要に応じて医師の診察又は医師からの連絡が入ることもございますので、ご了承ください。

本書の作成につきましては、診療情報提供料(Ⅰ)として取り扱うことでご了承いただいているところですので、よろしくお願いいたします。

稲沢市子ども健康部子育て支援課

病児・病後児保育施設 利用基準

(1)38.5度程度までの熱で、水分補給・少量の食事摂取が可能であること

(2)強い腹痛、嘔吐、激しい下痢、脱水症状がない状態であること

(3)外傷性疾患(怪我・骨折・火傷・手術後など)は症状が安定した状態であること

※麻疹、結核、水痘、インフルエンザ2日目まで、新型コロナウイルス感染症は利用できません

※他児への感染の恐れが強い時は、利用できません

※利用可能期間は、休所日を含む連続した7日以内です