

医師利用連絡票

保護者記入欄

児童の氏名	
西暦	年 月 日 (歳 カ月) 男・女
住所	在園名 丸信インターナショナル保育園 () 保育園・幼稚園

主治医記入欄 ※該当する項目に○印をお願いします

(病名)	(症状)	(確定診断)
01 感染・感冒様症候群	01 発熱	COVID-19 (+ / -)
02 咽頭炎	02 下痢	インフルエンザ (A / B / -)
03 扁桃腺炎	03 嘔吐	アデノウイルス (+ / -)
04 気管支炎	04 咳嗽	RSウイルス (+ / -)
05 喘息・喘息性気管支炎	05 喘鳴	ロタウイルス (+ / -)
06 消化不良症	06 発疹	マイコプラズマ (+ / -)
07 感冒性嘔吐症	07 その他	その他
08 アセトン血性嘔吐症	()	()
09 中耳炎・外耳炎	()	()

隔離の有無	1. 病児保育室の集団での保育が可能 2. 隔離室での保育が必要 (ほかの病気の児童との接触は避ける)
安静度	1. ベッド上安静 2. 室内安静 (ベッドでの生活が主・他児との静かな遊び可) 3. 室内保育 (室内で普通に遊んでよい)
食事	普通食・下痢食 アレルギー食 (除去内容)
処方内容	※お薬手帳がある場合は記入不要
その他	食事・安静度以外で配慮すべきことがありましたらご記入ください
利用期間	※継続利用が可能な日数に○をつけてください 1日間 ・ 2日間 ・ 3日間 ※ 7日間 (外傷のみ)

この児童は診察の結果、上記の病中または病気の回復期にあり当面病状の急変は認められない為病児保育室「Smile Basket」の利用が可能と思われます。

※当施設は看護師・保育士のみで医師は在中していません。

※症状に変化があった場合にはご連絡し、ご指導をいただく場合があります。

※一般的な風邪の症状を示す際、確定診断がついた児童は利用可能とします。

※COVID-19感染の可能性のある場合は、ご利用頂けません。

医療機関名

所在地

TEL

西暦

年

月

日

医師名

印

※受診の際に医師にてご記入後、保育室に提出(保護者様ご記入欄は保護者様にてご記入)

(この用紙は必ず両面コピーをしてお使いください)

お受入れ基準について

<当施設の概要>

- ・当施設には看護師・保育士のみで医師は在中しておりません。病変時にはお子さん自身のかかりつけ医、もしくは下記の指導医に電話等にて指示を仰ぎます。
- ・集団保育室とは別に隔離室もありますが、陰圧室などの特別な空調設備はないため完全に遮断することはできません。
- ・隔離室の指示があっても同一の感染症の場合は集団で保育することがあります。
- ・感染症に既往がある場合、それらの感染症のお子さんと同室で保育することがあります。
- ・MRワクチン未接種の方はお断りすることがあります。

<利用対象者>

満1歳から就学前のお子さん（小学校3年生までは応相談）

<お受入れできない病気>

- ・麻疹
- ・水痘（急性期）
- ・COVID-19（利用者または同居家族等がCOVID-19に感染、もしくは濃厚接触者に該当する際）

<ご注意>

医師の許可がある場合でもお受入れ時に下記の症状がみられる際には当施設看護師の判断によりご利用できない場合があります。

- ・水分が飲めない
- ・食事が取れない
- ・脱水症状がある
- ・非常にぐったりしている
- ・頻回に嘔吐・下痢をしている
- ・咳がひどく、呼吸困難である
- ・感染しやすく、いったん感染すれば重症化する危険性が高い状態である
（血液腫瘍疾患、重症腎・心疾患、膠原病などで免疫抑制剤を使用しているなど）

病児保育室「Smile basket」 指導医

院名 医療法人 きむらアレルギーこどもクリニック

木村 光一 先生

住所 〒839-0862 久留米市野中町139-1

電話番号 0942-40-7700

※この書面（医師利用連絡票）の発行手数料等をご自身でご負担いただきます。

（なお、指導医にて発行される場合の手数料は、500円+税となります。）

ご不明な点がございましたら、以下にお問い合わせください。

丸信インターナショナル保育園 病児保育室「Smile Basket」

住所: 〒839-0812 久留米市山川安居野3丁目6-10 2F

TEL: 0942-43-3771

担当: 看護師 森まで