

(様式5)

平成 年 月 日

名古屋市病児・病後児デイケア事業利用連絡書

(施設)

様

(医療機関) 所在地 区

名称

電話

FAX

担当医師名

印

下記の患者について、名古屋市病児・病後児デイケア事業の利用対象にあたりと認められますので、次のとおり状況についてご連絡します。

患者氏名		男・女	生年月日	平成 年 月 日生(歳)
患者住所	名古屋市 区			
連絡先	()	保護者名		
病名・症状 (○をつける)	1 感冒・感冒様症候群	8 自家中毒病	15 流行性耳下腺炎	
	2 咽頭炎	9 中耳炎・外耳炎	16 麻しん	
	3 扁桃腺炎	10 結膜炎(流角結を含む)	17 水痘	
	4 気管支炎	11 臍痲疹	18 百日咳	
	5 喘息・喘息性気管支炎	12 突発性発疹症	19 風しん	
	6 消化不良症	13 手足口病	20 インフルエンザ	
	7 感冒性嘔吐症	14 伝染性紅斑(りんご病)	21 その他()	
	(病名不明) 22 発熱 23 下痢 24 嘔吐 25 咳嗽 26 喘鳴 27 発疹			
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院(平成 年 月 日～平成 年 月 日)			
疾病状況	1 治癒見込期間(月 日～ 月 日) 2 病気回復期			
既往歴、治療経過及び症状経過				
投薬処方				
保育上の留意点	1 ベッド上安静 2 安静室で隔離 3 室内安静(ベッド生活が主、他児との静かな遊び可) 4 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
食事(昼食)	ミルク・牛乳・離乳食(前期・中期・後期)・幼児食・小児食			

かかりつけ医

診 察 医 様

平素は、名古屋市の保育行政に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、名古屋市では病気回復期の乳幼児（病後児）および病気回復期に至らない乳幼児（病児）を対象として、施設で一時的にお預かりする「名古屋市病児・病後児デイケア事業」を実施しております。

つきましては、この事業を実施するにあたりまして「名古屋市病児・病後児デイケア事業利用連絡書」を保護者が持参いたしましたら、お手数ですが連絡書にあります各事項にご記入いただきますようお願いいたします。

本事業における病児につきましては、かかりつけ医等の判断により治療見込期間を記入していただきたいと考えております。なお、病児の対象施設は医療機関併設となっておりますので必要に応じて医師の診察または医師からの連絡があることもありますのでご理解、ご了承ください。

なお、この「名古屋市病児・病後児デイケア事業利用連絡書」の作成につきましては、「診療情報提供料(1)」としての取扱いとする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。

名古屋市子ども青少年局子育て家庭部保育企画室

(裏面)

平成 年 月 日

病児・病後児デイケア事業（変更）申込書

（あて先） 実施機関

貴施設の病児・病後児デイケア事業を利用したいので、下記の事項について誓約します。

記

- 1 病児・病後児デイケア事業の利用期間中は、事業実施者の指示に従います。
- 2 利用者の現在状況は、利用者状況（裏面）および「名古屋市病児・病後児デイケア事業利用連絡書」のとおり相違ありません。
- 2 事業実施者が必要と認めたときは、申し込み時及び病児・病後児デイケア期間中に診療を受けることを承諾します。
- 3 事業実施者において、児童の状態が変化して病児・病後児デイケア事業での対応が困難と認めたとき又は事業利用を不適当と認めたときは、病児・病後児デイケア事業の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行くことに同意します。

（保護者） 氏 名 _____ ④

住 所 〒 _____
名古屋市 _____ 区

電 話 _____ (_____) _____

利用事由（保護者の状況）について、該当するところに○をつけてください	
1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他（ _____ ）	
利用期間	平成 年 月 日（ ） ～ 平成 年 月 日（ ）
利用時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分
送迎者	（送り） _____ （迎え） _____

【緊急連絡先】

	保護者氏名等	続柄	緊急連絡先
保 護 者			勤務先
	携帯電話（ ）		電話（ ）
			勤務先
	携帯電話（ ）		電話（ ）

利 用 児 童 状 況	児 童 氏 名				性別	生 年 月 日
	フリガナ					平成 年 月 日 生 (歳 ヶ月)
	身長	cm	体重	kg	性格	
	通園施設等					
	1 認可保育所	(区		保育園)	
	2 認可外保育所	(区)	
	3 小学校	(区		小学校)	
	4 幼稚園	(区		幼稚園)	
	5 その他	(自宅保育 ・ その他)				
	かかりつけ医 (担当医)					
	医療機関名 区			電話 ()		
	既往歴 (今までかかった病気の、番号と【 】の内容に○または記入してください)					
	1 突発性発疹 2 麻疹 (はしか) 3 水痘 (水ぼうそう) 4 風疹 (三日ばしか)					
	5 咽頭結膜熱 (プール熱) 6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 7 百日咳					
	8 ヘルパンギーナ 9 肺炎 10 とびひ 11 B型肝炎 (キャリアー含む)					
	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服薬は、毎日・増悪時】 13 アトピー性皮膚炎					
14 川崎病【心臓合併症 有・無】 15 熱性けいれん【初回 歳、最後 歳】						
15 てんかん 16 その他【 】						
食物アレルギー【牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他 ()】						
予防接種 (これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください)						
1 三種混合【1期 1回目・2回目・3回目・追加】 2 BCG 3 麻疹 (はしか)						
4 風疹 (三日ばしか) 5 日本脳炎【1期 1回目・2回目・3回目・追加】						
6 水痘 (水ぼうそう) 7 ポリオ【1回目・2回目】						
8 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 9 インフルエンザ (年 月)						
10 その他【 】						
入院の経験 (入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください)						
1 ない						
2 ある【 歳 ヶ月:病名 】【 歳 ヶ月:病名 】						
常時服用している薬						
1 ない 2 ある【具体的に: 】						
その他 (薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください)						