

診療情報提供書（病児・病後児保育利用連絡書）

◎次の病名および状態の場合、病児・病後児保育の利用は認められません（本書の発行不要）。

1 麻疹	2 風疹	3 水痘	4 百日咳	5 流行性耳下腺炎
6 流行性角結膜炎	7 気管支喘息発作	8 感染性胃腸炎（症状が重度の場合）		
9 新型コロナウイルス感染症	10 食品、飲料を経口で摂取することが困難な状態			
11 重篤な病状で、ベッド上で絶対安静、又は完全隔離が必要な状態				

○医師の確認欄（※病児・病後児保育の利用が認められる場合に記入してください。）

病名（番号に○印）				
1 上気道炎	2 扁桃腺炎	3 気管支炎	4 肺炎	
5 RSウイルス感染症	6 中耳炎・外耳道炎	7 膿痂疹（とびひ）		
8 突発性発疹症	9 手足口病	10 ヘルパンギーナ	11 伝染性紅斑（りんご病）	
12 溶連菌感染症	13 インフルエンザ	14 急性胃腸炎（ 中度 ・ 軽度 ）		
15 その他疾患等（				

病状（番号に○印）※1 急性期の場合は、病後児保育室は利用できません。

1 急性期（発熱等）	2 回復期（解熱、微熱等）
------------	---------------

熱性けいれん既往歴（番号に○印及び右欄に記載）

1 なし	2 あり	・回数（ 回）	・最後に発生した時期（ 年 月 日）
		・発熱時の対処法（	）

主な症状（番号に○印）

1 発熱	2 下痢	3 咳嗽	4 鼻水	5 発疹	6 その他（
------	------	------	------	------	--------

安静度（番号に○印）

1 できるだけ隔離室で隔離	2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）
3 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	

現在の投薬処方 ※実施施設では、内服、外用以外の医療行為（点滴、吸入、吸引等）はできません。

--

保育上で留意すべき点（既往歴・食事・アレルギー・体質傾向など）

--

診断の結果、児童の状況は上記のとおりです。	
提出先 川越市長	年 月 日
住 所	
医療機関名	
医 師	印
（電 話）	

（担当：こども育成課 ※実施施設を通して提出）

御注意 ①病児・病後児保育を利用するために、実施施設に病状に関する情報を提供いたします。
②感染症については注意いたしますが、感染の可能性があることについては御了承ください。

上記「御注意」に同意の上、下記に保護者が記入してください。

住 所	川越市		
ふりがな 児童氏名	男・ 女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)