

診療情報提供書

氏名	(男・女)	生年月日	年	月	日
主病名					
関連病名					
1 初診からの経過					
○初診:平成・令和 年 月 日					
○経過及び現在の状況・治療について					
○今後起こり得る症状・合併症などについて					
2 病気についての指示及び配慮事項					
通院頻度		投薬及び薬効		予防接種・感染症への対応	
年・月・週 回					
次回の受診予定日 月 日					
発作時の対応について					
○発作時の症状(名前を呼んでも返事がない・咳が止まらないなど具体的に)					
○発作が起こった時の園の対応					
緊急時の対応について					
○保護者に至急連絡を取る必要があるのはどんな時ですか?					
○救急車を要請した場合		□指定された医療機関に搬送		□特に指定はない	

裏面もご記入ください

3 保育園生活について 必要なものに○をつけて、()に必要事項を記入してください	
健康観察	呼吸の確認 必要時のみ ・ ()分ごと ・ 常時
	体温の確認 必要時のみ ・ ()分ごと
	視診でわかる体調の変化 (泣く ・ 機嫌の悪さ ・ 顔色 ・ その他)
	アナフィラキシー症状の既往歴 なし ・ あり ()
食事	形態に配慮の必要なし ・ 必要あり(ドロドロ状 ・ つぶ状 ・ きざみ食 ・ 普通食 ・ とろみ剤使用)
	食物アレルギー なし ・ あり()
	除去する食物 なし ・ 誤嚥の心配がある ・ 除去あり()
排泄	配慮なし ・ 介助が必要 ・ オムツが必要
午睡	姿勢を変える援助 必要なし ・ 必要あり()
可能な活動・姿勢	首の固定 必要なし ・ 必要あり
	おんぶ 可 ・ 不可
	座位 可 ・ 不可
	水遊び 可 ・ 不可
	プール 可 ・ 不可 (水深30～40cm泳いだり潜ったりする)
戸外活動可能時間 制限なし ・ 制限あり()分 してはいけない動作	
その他	

年 月 日

所在地

医療機関名

電話

医師名

印

主治医の先生へ
杉並区の保育園では、特別な配慮を必要とする児童の受け入れは集団保育が可能な児童を対象としています。
今回ご記入いただく診療情報提供書、申し込み児童が集団保育が可能かどうか判断する際の資料とさせていただきます。出来る限り、申し込み児童の現在の心身状況を詳細にご記入願います。

参考:認可保育園の1クラスあたりの平均園児数及び職員配置基準(児童数:職員数)

0歳児	9人(3:1)	3歳児	18人(20:1)
1歳児	15人(5:1)	4・5歳児	36人(30:1)
2歳児	17人(6:1)		