

診療情報提供書

フリガナ		生年月日		年	月	日生
氏名						
主病名						
関連病名						
1 初診からの経過						
○初診： 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						
2 病気についての指示及び配慮事項 ※選択項目は□に✓を入れ()に必要事項をご記入ください。						
通院頻度		処方薬・作用・回数		予防接種・感染症への対応		
年・月・週に()回						
次回の受診日(月 日)						
3 医療的ケアについて (医療的ケアの有無 □ なし □ あり)						
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖測定/インスリン注射 <input type="checkbox"/> ストーマ管理 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(鼻腔内・口腔内) <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 左記項目の内容(医療機器使用 □なし □あり種類:)			
4 緊急時の対応について						
○緊急を要する児童の状態(発作等)						
○救急搬送先 □指定された医療機関に搬送 □特に指定はない						
		指定医療機関名				
()						

裏面もご記入ください。

保育施設における集団生活の可否

乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、他児との濃厚な接触の機会が多くあります。専用のクリーンルームでなく、集団の中での保育となるため、一般的な感染症や外傷を防ぐのは難しい環境です。本児の体力的な面や様々な病気の感染リスクを含め、健康面からみて保育施設での集団生活は可能でしょうか。

- 保育園での集団生活は可能
- 保育園での集団生活は困難（理由： _____）

※参考：各歳事別園児数及び職員配置数（令和6年4月以降）

	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4・5歳児
園児数 ※1	9人	15人	18人	20人	40人
保育士数 ※2	3人	3人	3人	2人	2人

※1園児数は、定員100人規模の保育園を想定とした杉並区での平均的な1クラス当たりの人数です。

※2※1の場合の1クラスあたりの保育士数です。

5 保育園生活について

健康観察	呼吸の確認	<input type="checkbox"/> 必要時のみ	<input type="checkbox"/> (_____) 分ごと	<input type="checkbox"/> 常時
	体温の確認	<input type="checkbox"/> 必要時のみ	<input type="checkbox"/> (_____) 分ごと	<input type="checkbox"/> 常時
食事	形態への配慮	<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 必要あり (内容 _____)	
	誤嚥防止の配慮	<input type="checkbox"/> 他児と同じ	<input type="checkbox"/> 配慮が必要 (内容 _____)	
	除去する食物	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 除去あり (除去する食品： _____)	
排泄	援助・観察	<input type="checkbox"/> 他児と同じ	<input type="checkbox"/> 援助が必要	<input type="checkbox"/> 観察が必要 (観察項目： _____)
午睡	姿勢を変える援助	<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 必要あり (_____)	
可能な活動・姿勢	首の固定	<input type="checkbox"/> 必要なし	<input type="checkbox"/> 必要あり	
	おんぶ	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
	座位	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
	戸外活動可能時間	<input type="checkbox"/> 制限なし	<input type="checkbox"/> 制限あり (_____) 分	
	してはいけない動作	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (_____)	
	水遊び	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
	プール遊び (水深30～40cmで泳ぐ・潜る)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
その他				

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

電話番号

診療科

医師名