

病児・病後児保育事業医師連絡票

年 月 日

医療機関 _____

所在地 _____

連絡先 _____

医師名 _____ (印)

(利用会員記入欄)

子どもの名前		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 (歳)		
住 所			
利用に当たり、裏面の注意事項を確認し、同意したうえで申し込みます。			
年 月 日			
保護者（利用会員）会員番号 _____ 氏名 _____			

(医療機関記入欄 該当する番号に○をつけてください。)

病 名	インフルエンザ 麻しん 結核 水痘 ノロウイルス・ロタウイルスによる感染性胃腸炎 新型コロナウイルス感染症 ※病児・病後児保育事業の利用はできません。(以下 記入不要)	
	1 かぜ症候群（急性鼻咽頭炎） 2 急性気管支炎 3 クループ症候群 4 自家中毒症（アセトン血性嘔吐症） 5 結膜炎 6 R S ウイルス感染症 7 流行性耳下腺炎 8 溶連菌感染症	9 急性扁桃炎 10 気管支喘息・喘息様気管支炎 11 急性胃腸炎（ウイルス性、細菌性） 12 伝染性膿痂疹（とびひ） 13 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症） 14 帯状疱疹 15 風しん 16 その他 ()
症 状	1 発熱 2 嘔吐・下痢 3 発疹	4 咳嗽・鼻汁 5 喘鳴 6 その他 ()
病児・病後児預かり 利 用 の 可 否	可 ・ 否 ※裏面参照 ※感染性の強い病状の場合は“否”としてください。	
安 静 度	1 ベッド上で安静 2 室内安静（ベッド上での生活が主、静かな遊びは可） 3 室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い）	
その他 留意事項		

※本事業の趣旨と保護者負担の軽減にご理解とご協力をいただきありがとうございます。この連絡票は、文書料として（市内の医療機関に限ります。300円（税込））を医療機関へお支払いください。

【医師の皆様へ】

本事業にご協力いただきありがとうございます。

下記にお示ししました本事業の実施体制をご理解いただき、利用の可否をご判断いただければ幸いです。

- ① 事業の保育は、ファミリー・サポート・センター協力会員（有償ボランティア。看護師資格保有等の要件はありません。）が児童1人に対し、1名で保育を行います。
- ② 専用施設において、1日最大3名の児童（対象：満1歳から小学校3年生まで）を原則同一室内にてお預かりします。（安静室1室あり）
- ③専用施設には、看護師又は保育士が1名常駐します。
- ④預かり時、連絡票の内容と比較し、児童の症状に相違がみられる場合は、症状の確認をさせていただきます場合があります。
- ⑤感染予防のための隔離室がないため、お預かりできない場合があります。

＜保護者の皆様へ＞【弥富市病児・病後児保育事業 注意事項】

保護者の皆様は、以下の項目について確認し、同意のうえ、表面に署名をお願いします。

1 利用について

- ①本事業の趣旨を理解したうえで利用をお願いします。
- ②申請した利用時間等を遵守してください。

2 利用制限

次のいずれかに該当する場合は、保育の途中にかかわらず利用を制限し、また、受け入れをお断りする場合があります。

- ①児童の症状により、保育が不適切と医師が判断したとき。
- ②感染症の流行により感染の危険性が高いとき。
- ③当日の預かり児童の症状を考慮して、同一施設で預かることにより感染等の危険が高いとき。
- ④本事業の保育方法に同意いただけないとき。

3 緊急時の対応について

- ①容態が急変した等の緊急時の搬送は原則としてタクシーを活用し、海南病院に受診します。
受診の際は、医師の判断により必要な処置を行います。
- ②保護者は、緊急時に連絡がとれるようにしてください。また、連絡があった場合はその指示に従ってください。

4 補償について

病児・病後児一時預かりにおいて、万一事故等が発生した場合は、保険適用範囲内において補償を受けることができます。ただし、病状の悪化等、本事業の責めに帰すことができない事由による事故等の場合は、この限りではありません。

5 その他

大規模な地震が発生したとき、暴風警報が発令されたとき及び「病児・病後児ルーム」付近に避難勧告・避難準備勧告が発令されたときは、施設を閉鎖します。