

## 病後児保育Tプラス利用に伴う医師連絡票

病後児保育Tプラス施設長 様

医療機関 所在地

名称

医師氏名

印

電話番号

病後児保育事業の利用にあたり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名		男・女	生年月日	平成 令和	年 月 日 ( 歳)
住所	〒				TEL
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染症胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> その他  [ 主な症状など ]		
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		迅速検査の実施状況		
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 順隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育				
食事	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 ) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容 )				
その他注意事項	その他配慮すべき事柄があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)				
医師所見	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱時等) <input type="checkbox"/> 回復期(解熱・微熱等) → 病後児保育の利用可能				
	(ここに医師の所見を記入する)				

※この連絡票により情報提供した場合に診療情報提供料(I)を算定することができる(250点)。  
 医療機関毎に、患者一人につき月1回に限り算定する。

※病後児保育中に子どもの容態に変化があった場合は、医師連絡票を発行した医師が診察時間に再度子どもを診る。  
 なお、緊急性を伴う場合は、主治医の指示により、救急搬送等の対応をする。

病後児保育「Tプラス」 保育受け入れ基準

<p>全体の基準</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 体温が37.4度以下</li> <li><input type="checkbox"/> 酸素飽和度(SpO<sub>2</sub>)が96%以上</li> <li><input type="checkbox"/> 水分や食事が通常の半分以上とれている</li> <li><input type="checkbox"/> 寝入り、夜間、早朝にひどい咳き込みをしていない</li> <li><input type="checkbox"/> ひどい鼻水ではない</li> <li><input type="checkbox"/> 嘔吐がない(24時間以内)</li> <li><input type="checkbox"/> 下痢が頻回でない(下痢が1日5回以下)</li> <li><input type="checkbox"/> 呼吸困難がない</li> <li><input type="checkbox"/> かかりつけ医を受診している</li> </ul>
<p>感染症や外科的疾患</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>新型コロナウイルス</b>：発症後5日を経過し、かつ平熱までしっかり解熱後1日を経過</li> <li>・<b>インフルエンザ</b>：発症後5日を経過し、かつ平熱までしっかり解熱後2日を経過(幼児に関しては解熱後3日を経過)</li> <li>・<b>百日咳</b>：有効な抗生剤服用後、6日目以降</li> <li>・<b>麻疹</b>：解熱後4日目以降</li> <li>・<b>流行性耳下腺炎</b>：耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫れが発現後6日目以降、かつ全身状態が良好</li> <li>・<b>風疹</b>：発疹消失後</li> <li>・<b>水ぼうそう</b>：すべての発疹が痂皮化している</li> <li>・<b>喉頭結膜炎(プール熱)</b>：主要症状(発熱、咽頭痛、眼の症状など)消退後3日目以降</li> <li>・<b>アデノウイルス感染症</b>：解熱後24時間経過しており、眼症状(眼脂・充血・かゆみなど)がない</li> <li>・<b>マイコプラズマ感染症</b>：有効な抗生剤が開始されており、解熱後24時間経過している</li> <li>・<b>RSウイルス感染症</b>：解熱後24時間経過している</li> <li>・<b>溶連菌感染症</b>：有効な抗生剤内服開始後、24時間経過している</li> <li>・<b>ロタウイルス、ノロウイルスなどのウイルス性胃腸炎</b>：最終の嘔吐より24時間経過していること、水様下痢ではなく、便はトイレに間に合う、オムツ内に収まる程度</li> <li>・<b>ヘルパンギーナ、手足口病、伝染性紅斑(リンゴ病)</b>：解熱後24時間経過しており、全身状態が落ち着いている</li> <li>・<b>骨折、やけど等の外科的疾患</b>の場合は、病状が安定していること</li> </ul>
<p>保育の受け入れ不可能な疾患</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・流行性結膜炎</li> <li>・しらみ</li> </ul>