

診療情報提供書

フリガナ		生年月日 令和 年 月 日生	
氏名			
主病名			
関連病名			
1 初診からの経過			
○初診：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			
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 （ ）	○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 指定医療機関名 （ ）		□特に指定はない

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クラスあたりの人数です。

※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	水遊び	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	おんぶ	<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
	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 (_____)		
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

印

上記内容について杉並区保育課及び保育園から問い合わせをする場合があります。

杉並区子ども家庭部保育課