

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: 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(薬効)・回数		予防接種・感染症への対応	
年・月・週に 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					
<input type="checkbox"/> 指定された医療機関に搬送 (医療機関名)					
<input type="checkbox"/> 特に指定はない					

裏面もご記入ください

主治医の方へのお願い

今回ご記入いただく診療情報提供書は、保育士の加配等の措置を行うとこで、当該児童が集団保育の環境下で、安全にお預かりできるかどうかの判断する際の資料とさせていただきます。あわせて保育園での生活を送るにあたり、医療面からの留意事項等をご教示いただきたく存じます。

つきましては、当該児童の現在の心身状況を詳細にご記入くださるようお願い申し上げます。

参考：各歳児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
職員配置基準	3:1	5:1	6:1	15:1	25:1
園児数 ※1	9人	15人	17人	19人	20人
保育士数 ※2	3人	3人	3人	1人	1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 加配を行わない場合の保育士数です。

3 保育園生活について 必要なものに○を付けて、()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	形態への配慮	必要なし ・ 必要あり (ドロドロ状 ・ つぶ状 ・ きざみ食 ・ とろみ剤必要)
	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
	戸外活動可能時間	制限なし ・ 制限あり ()分
	水遊び	可 ・ 不可
	プール遊び	可 ・ 不可 ※水深 30~40 cmで泳いだり潜ったりします。
	してはいけない動作	
その他		

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

印