

病児保育が利用できない疾患スクリーニング

(肺結核、水痘、麻疹、百日咳)

※ 病児保育利用ごとに当てはまる項目に○をつけて提出してください。

これらは空気感染するため、病児保育で預かる事ができません。感染対策上、以下にご記入し、当てはまる項目に○を付けてください。

1. 肺結核の感染リスク

<u>結核と診断されているか、コッホ現象陽性*</u>	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>
家族に無治療の結核患者が居た	はい	いいえ
家族に治療中の結核患者が居る	はい	いいえ
結核患者に接触した事がある	はい	いいえ
BCG を接種していない	はい	いいえ

2. 水痘の感染リスク

<u>水痘と診断され、赤い発疹や水疱がある*</u>	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>
3 週間以内に家族に水痘患者が居た	はい	いいえ
3 週間以内に水痘と接触した	はい	いいえ
ワクチン 1 回か未接種	はい	いいえ

3. 麻疹の感染リスク

<u>麻疹と診断され、解熱後 3 日経過していない*</u>	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>
3 週間以内に家族に麻疹患者が居た	はい	いいえ
3 週間以内に麻疹と接触した	はい	いいえ
ワクチン未接種	はい	いいえ

4. 百日咳の感染リスク

<u>百日咳と診断され、咳が持続しているか、抗生剤開始後 5 日以内*</u>	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>
ワクチン未接種で 3 週間以内に家族に麻疹患者が居た	はい	いいえ
ワクチン未接種で 3 週間以内に麻疹と接触した	はい	いいえ
ワクチン未接種	はい	いいえ

*太線の下線部が「はい」の場合は病児保育ができません。その他の項目が「はい」なら、医師が病児保育の可否を検討します。

氏名 _____

記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日