

| | | | |
|--------------|--|----------------|---|
| 医療機関の受診 | <input checked="" type="checkbox"/> 1)あり <input type="checkbox"/> 2)なし | | |
| 医療機関 | <input checked="" type="checkbox"/> 保護者指定 <input type="checkbox"/> 施設指定 | 医療機関・医師名 | 世田谷クリニック ○○ |
| 診療科 | <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 引率者 | <input type="checkbox"/> 施設職員 (○○○○) <input type="checkbox"/> 保護者も同伴 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 受診状況 | <input type="checkbox"/> 1)即日治療完了(初診のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 2)通院(約 ● 日間見込み) <input type="checkbox"/> 3)入院(約 日間見込み) | | |
| 治療期間 | ※即日治療完了も、治癒までの見込みをわかる範囲で記入してください。 (約 ● 日間見込み) | | |
| 受診内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 1)診察 <input type="checkbox"/> 2)検査(レントゲン・血液・CT・その他) | | |
| 処置内容 | <input type="checkbox"/> 1)処置なし <input checked="" type="checkbox"/> 2)消毒 <input type="checkbox"/> 3)縫合 <input type="checkbox"/> 4)テーピング <input type="checkbox"/> 5)包帯固定 <input type="checkbox"/> 6)ギプス固定 <input type="checkbox"/> 7)シーネ固定 <input type="checkbox"/> 8)湿布 <input type="checkbox"/> 9)点眼 <input checked="" type="checkbox"/> 10)歯の固定 <input type="checkbox"/> 12)その他() | | |
| 処方薬 | <input checked="" type="checkbox"/> 1)なし <input type="checkbox"/> 2)内服薬 <input type="checkbox"/> 3)外用薬 <input type="checkbox"/> 4)その他() | | |
| 医師の指示 | | | 今後の登園 <input checked="" type="checkbox"/> 1)可 <input type="checkbox"/> 2)不可 |
| 受診後の保護者への連絡 | 日時 | 令和 ● 年 ● 月 ● 日 | <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 ● 時 ● 分 |
| | 連絡者 | ○○○ | 受信者 世田谷 一郎 |
| 保育認定・調整課への連絡 | 日時 | 令和 ● 年 ● 月 ● 日 | <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ● 時 ● 分 |
| | 連絡者 | ○○○ | 受信者 ▲▲ ▲▲ |

* 要治療期間は、治療に必要な日数を、見込みでよいので記入してください。
 * 医療機関が2箇所以上になった場合、余白を利用するか別紙をつけるなど、わかるように記入してください。
 * 治療に要する期間が30日以上となる場合は、別途、国への報告が必要となります。
 * 保護者が同行した場合でも、保護者への連絡の欄に、保護者の反応を記入してください。

第一報の連絡を行った日時、連絡者、受付者を記載してください。
 ※原則として発生(又は把握)した**当日中**

施設決裁: 令和 ● 年 ● 月 ● 日

| | | | | | |
|-----|------|------|--|--|--|
| 施設長 | ○○○○ | ○○○○ | | | |
|-----|------|------|--|--|--|

決裁日を忘れずに記入。
 担当だけでなく、同じクラスの担任、事故発生時に保育をしていた職員等も記名する。

保育認定・調整課長あて
 上記のとおり、報告します。
 令和 ● 年 ● 月 ● 日
 施設名: ●●●●●●●● 保育園
 施設長名: ●●●●