

(あて先) 塩尻市長

(医療機関) 住 所
氏 名
医師氏名
電話番号

塩尻市病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

なお、記入した個人情報、塩尻市及び実施施設で共有することを承認します。

フリガナ				
児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
保護者氏名				
病名	(該当に○、該当が無い場合は記載) 1 上気道炎 2 気管支炎 3 胃腸炎 4 インフルエンザ 5 新型コロナウイルス感染症 6 その他：RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、溶連菌感染症、百日咳、手足口病、ヘルパンギーナ、水痘、流行性耳下腺炎 ()			
症状	発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 鼻水 ・ 咳 ・ 喘鳴 ・ 発疹 その他 ()			
診療形態	発症年月日 年 月 日			
	初診年月日 年 月 日			
	(該当に○) 1外来 2往診 3入院 (年 月 日～ 年 月 日)			
安静度	(該当に○) 1 室内保育 (普通に遊んでよい) 2 室内安静 (ベッドでの生活が主で、静かな遊びは可) 3 ベッド上安静			
隔離	隔離が (望ましい・特に必要なし)			
投薬について	保育室での投薬 (有・無) 1 薬剤情報参照 2 1と異なる場合 (具体的に記入)			
その他指示事項				

※塩尻市を居住地とする児童について、塩尻市に情報提供した場合は、診療情報提供料 (I) を算定することができます。