

様式第3号（第7条関係）

塩尻市病児・病後児保育事業診療情報提供書

年 月 日

(あて先) 塩尻市長

(医療機関) 住 所

病 院

医師氏名

電話番号

塩尻市病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

なお、記入した個人情報は、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		男・女	生年月日	年	月	日
児童氏名				(歳	か月)
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						