

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 (　歳　か月)
児童氏名				
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				