様式第３号（第８条関係）

医療機関記入

上田市病児保育事業診療情報提供書

年　　月　　日

（提供先）上田市長

医療機関　所在地
名　称
電　話
担当医師氏名　　㊞

上田市病児・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上田市及び実施医療機関で共有することを承諾します。

ふりがな 児童氏名		男・女	生年 月日	年　月　日 （　歳　ヵ月）
病名・症状等 （該当に〇）	1　急性上気道炎 2　気管支炎・肺炎 3　喘息・喘息性気管支炎 4　ヘルパンギーナ 5　感染性胃腸炎 6　ロタウイルス胃腸炎 7　周期性嘔吐症（自家中毒症） 8　流行性耳下腺炎 9　水痘 10　風しん 11　咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症） 12　溶連菌感染症 13　中耳炎 14　伝染性膿痂疹 15　その他 （　）			
発症日	年　月　日			
処方内容	お薬手帳、処方箋添付でも可			
その他 指示事項				
隔　離	1　隔離が望ましい　　2　隔離の必要は特になし ※上田病院病児保育センター利用の場合は記載不要			

※ この診療情報提供書は、保険診療（診療情報提供書（Ⅰ））の扱いとしてください。