|  |
| --- |
| 医療機関記入 |

様式第３号（第８条関係）

**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 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　　歳　　　ヵ月） |
| 児童氏名 |  |
| 病名・症状等（該当に○） | １　急性上気道炎　　　　　　　　　９　水痘２　気管支炎・肺炎　　　　　　　　10　風しん３　喘息・喘息性気管支炎　　　　　11　咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）４　ヘルパンギーナ　　　　　　　　12　溶連菌感染症５　感染性胃腸炎　　　　　　　　　13　中耳炎６　ロタウイルス胃腸炎　　　　　　14　伝染性膿痂疹７　周期性嘔吐症（自家中毒症）　　15　その他８　流行性耳下腺炎　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。