様式第３号（第７条関係）

診療情報提供書

年　　月　　日

（あて先）　佐久市長

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

（医療機関）
住所
病院名
医師名　　印

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	年　月　日 （　歳　月）
住所 電話	佐久市 （　）	保護者氏名		
傷病名				
症状	発熱　・　下痢　・　嘔吐　・　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			
	外来　往診　入院（　年　月　日～　年　月　日）			
医師意見	１．回復期により病後児保育の利用は可能です ２．外来治療中につき病児保育の利用が望ましい。 ３．入院治療が必要です ４．その他（			

症状・既往症・治療状況・経過等

現在の投薬状況

保育上の留意事項（安静・食事・特異体質等）