

松本市病児保育事業診療情報提供書

年 月 日

(あて先) 松本市長

(医療機関) 住 所
病 院
医師氏名
電話番号

病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、松本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 カ月)
保護者氏名				
病 名	(該当番号に○、ない場合は記載) 1 上気道炎 2 気管支炎 3 胃腸炎 4 インフルエンザ 5 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				

※松本市を居住地とする児童について、松本市に情報提供をした場合は、診療情報提供料(I)を算定することができます。