

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 ( 歳 カ月)
児童氏名				
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				

（松本市保管用）①枚目

※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。