

（あて先）松本市長

（医療機関）住所

病院名

電話番号

医師氏名

印

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) |
| 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 | | | |
| | (該当番号に○) 1 外来 2 往診 3 入院 (年 月 日 ~ 年 月 日) | | | |
| 安静度 | (該当番号に○) 1 ベッド上安静 2 室内安静 (ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びは可) 3 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい) | | | |
| 投薬及び指示事項 (食事等その他) について | 保育室での投薬 (有 ・ 無) 解熱剤： 座薬 ・ 内服薬 (指示事項) | | | |

※松本市内居住者への診療情報提供書は保険診療扱いとなります。