

境町病児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）

年 月 日

情報提供先市町村

境 町 長 様

紹介元医療機関

名 称

所 在 地

電話番号 — —

医 師 名 _____ 印

病児保育利用にあたり、不要な情報については、記入欄右側の「該当しない」にチェックをすること（「※」箇所は必ず記入すること）。

患児の氏名	男・女 年 月 日生		※
傷病名	(疑いを含む) その他傷病名		※
症状 既往症 治療状況等			※
父母の氏名	父： ()歳 職業()	母： ()歳 職業()	※
			<input type="checkbox"/> 該当しない
住 所	電話番号 — — (自宅・実家・その他)		※
安静度	・隔離室で隔離（空気感染受入不可）・室内安静・室内保育・その他()		※
食事に関する 特別な指示	・なし・普通食・ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食 ・下痢食・アレルギー食（除去内容()）・その他()		※
処方内容 その他 注意事項			※
治療期間 (見込)	月 日～ 月 日 (次回診療予定日： 月 日)		※
情報提供の目的 とその理由	・診察した児童について入院の必要性はなく、病児保育利用にあたり、診療情報を提供するため ・その他()		※
退院先の住所	様方 電話番号 — — (自宅・実家・その他)		<input type="checkbox"/> 該当しない
入退院日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当しない
出生時の状況	出生場所： 当院・他院()	家族構成	<input type="checkbox"/> 該当しない
	在胎：()週 単胎・多胎()子中()子 体重：()g 身長：()cm 出生時の特記事項：無・有() 妊娠中の異常の有無：無・有() 妊婦検診の受診有無：無・有(回：)	育児への支援者： 無・有()	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください。			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()	<input type="checkbox"/> 該当しない
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴	<input type="checkbox"/> 該当しない
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他()	
日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()	<input type="checkbox"/> 該当しない	
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害()	<input type="checkbox"/> 該当しない
	こどもへの思い・態度	・出産後の状況（マタニティ・ブルーズ、産後うつ等）・その他() ・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()	<input type="checkbox"/> 該当しない
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()	<input type="checkbox"/> 該当しない
	同胞の状況	・同胞に疾患()・同胞に障害()	<input type="checkbox"/> 該当しない
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()	<input type="checkbox"/> 該当しない

※備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

登録受付： 年 月 日 受付番号： 番