

## 取手市病児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）

〇〇年〇〇月〇〇日

情報提供先  
取手市長様  
(実施施設長様)

取手市長様  
紹介元医療機関

名 称	〇〇〇医院
所 在 地	取手市△△△番地△△
電話番号	××××-××-××××
医 師 名	〇〇 〇〇 <span style="float: right; border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

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	取手 花子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">男</span> ・女 H〇〇年〇月〇日生	※
傷病名	インフルエンザA型 (疑いを含む) <span style="float: right;">その他傷病名</span>	※
症状 既往症 治療状況等	安静を要する	※
父母の氏名	父： 取手 太郎 <span style="float: right;">母： 取手 藤子</span>	※
	( ) 歳 職業 ( ) ( ) 歳 職業 ( )	☑該当しない
住 所 (町内在住者)	取手市寺田△△△番地△△	※
	電話番号 ××××-××-×××× ( <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">自宅</span> 実家・その他)	※
安静度	・制限なし <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">〇</span> ・制限あり ( )	※
食事に関する 特別な指示	・制限なし <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">〇</span> ・制限あり ( )	※
処方内容 その他 注意事項	特になし	※
治療期間 (見込)	〇〇月 〇〇日～ 〇〇月 〇〇日 (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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">病後児保育</span> ) 利用にあたり、診療情報を提供するため。※病児保育または病後児保育を〇で囲んでください。	※
退院先の住所	様方 電話番号 - - (自宅・実家・その他)	☑該当しない
入退院日	入院日： 年 月 日 退院(予定)日： 年 月 日	☑該当しない
出生時の状況	出生場所： 当院・他院 ( ) 家族構成 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 ( ) 育児への支援者： 妊婦検診の有無： 無・有 ( 回： ) 無・有 ( )	☑該当しない
※以下の項目は、該当するものに〇、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 ( )	☑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 ・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 ( )	☑該当しない
	日常的世話の状況 ・健診、予防接種未受診・不潔・その他 ( )	☑該当しない
養育者の状況	健康状態等 ・疾患 ( ) ・障害 ( )	☑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 ( )	☑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 ( )	☑該当しない
	同胞の状況 ・同胞に疾患 ( ) ・同胞に障害 ( )	☑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 ( )	☑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。

※病児保育実施施設記入欄 利用日： 〇〇年〇〇月〇〇日

※施設が登録時に本票を保護者に渡す→保護者は利用時に医療機関で記入してもらい施設に提出する→施設は月報と一緒に市に提出する。