

**取手市外在住者用（取手市外に住所を有するが、取手市内にお勤めの方）**

※本情報提供書は、取手市外在住の方は保険適用外で、患者の自費負担となります。

**取手市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

取手市長様  
(実施施設長様)

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 ( )	☐該当しない
住 所	電話番号 — — (自宅・実家・その他)	※
安静度	・制限なし ・制限あり ( )	※
食事に関する 特別な指示	・制限なし ・制限あり ( )	※
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・病後児保育)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○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： 妊婦検診の受診有無：無・有 ( 回 ) 無・有 ( )	☐該当しない
※以下の項目は、該当するものに○、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 ( )
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
	子どもへの思い・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	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他 ( ) ☐該当しない
	同胞の状況	・面会が極端に少ない・その他 ( ) ☐該当しない
	養育者との分離歴	・同胞に疾患 ( ) ・同胞に障害 ( ) ☐該当しない
		・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： 年 月 日

勤務先(父)

tel.

, (母)

tel.