

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 〇〇〇〇医院
所在地 取手市△△△番地△△
電話番号 ××××-××-××××
医師名 〇〇 〇〇



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	男・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)	その他傷病名		※
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	母： 取手 藤子		※
	() 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	××××-××-×××× (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	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 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		育児への支援者： 無・有 ()	☑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)			
※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・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴		☑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 ()		☑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	・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： 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。