

医師連絡票（診療情報提供書）

令和 年 月 日

情報提供先市町村

水戸市 野村長 殿

紹介元医療機関の
所在地及び名称

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		*
父母の氏名	父：	母：	*
	()歳 職業()	()歳 職業()	<input type="checkbox"/> 該当しない
住所	水戸市 電話番号 (自宅・実家・その他)		*
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名		*
病状 既往症 治療状況等			*
安静度	・制限なし ・制限あり ()		*
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： 令和 年 月 日 退院(予定)日： 令和 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 () 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 () 妊婦健診の受診有無： 無・有 () 回： ()	家族構成 育児への支援者： 無・有 ()	<input type="checkbox"/> 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 ()	<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 ・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 ()	<input type="checkbox"/> 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 ()
養育者の状況	健康状態等	・疾患 () ・障害 () ・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等) ・その他 ()	<input type="checkbox"/> 該当しない
	こどもへの思い・態度	・拒否的 ・無関心 ・過干渉 ・権威的 ・その他 ()	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない ・その他 ()	
	同胞の状況	・同胞に疾患 () ・同胞に障害 () 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。