

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 市長 様

紹介元医療機関の
所在地及び名称

電話番号

医師名 Ⓜ

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	平成 年 月 日生		男・女		令和						*
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・携帯(父・母)・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	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)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										*
	(次回診療予定日 令和 年 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・携帯(父・母)・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 () 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、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()									<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。