

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 ⑩

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 男・女 令和		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・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				<input type="checkbox"/> 該当しない	
		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()				<input type="checkbox"/> 該当しない		
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	
	子どもへの思い・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。