

利根町病児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）（町内在住者用）

年 月 日

情報提供先市町村

利根町長様

紹介元医療機関

名 称

所 在 地

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 | 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 | | | ※ |
| 新型コロナウイルス陰性証明 | <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> 未実施（検査不要） | | ※ |
| 父母の氏名 | 父： | 母： | ※ |
| | () 歳 職業 () | () 歳 職業 () | ☐該当しない |
| 住 所 (町内在住者) | 利根町 電話番号 — — (自宅・実家・その他) | | ※ |
| 安静度 | ・隔離室で隔離（空気感染受入不可）・室内安静・室内保育・その他 () | | ※ |
| 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) | | ☐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 () 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：) | 家族構成 育児への支援者： 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 () | ☐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 () | ☐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 () | ☐該当しない |
| 養育環境 | 家族関係 | ・面会が極端に少ない・その他 () | ☐該当しない |
| | 同胞の状況 | ・同胞に疾患 ()・同胞に障害 () | ☐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 () | ☐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。

登録受付： 年 月 日 受付番号： 番

利根町病児保育事業医師連絡票（診療情報提供書）（町内在住者用）記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

情報提供先市町村

利根町長様

紹介元医療機関

名称 〇〇〇クリニック
所在地 △△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 | 利根 太郎 | 男・女 | 令和〇年 1月 1日生 | ※ |
| 傷病名 | インフルエンザ (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 | | | ※ |
| 新型コロナウイルス 陰性証明 | □PCR □抗原検査 □未実施（検査不要） | | | ※ |
| 父母の氏名 | 父： 利根 次郎 (30) 歳 職業（公務員） | 母： 利根 花子 (30) 歳 職業（パート職員） | | ※ |
| 住所 (町内在住者) | 利根町布川△△△番地△△ 電話番号 ××××-××-×××× (自宅・実家・その他) | | | ※ |
| 安静度 | ・隔離室で隔離（空気感染受入不可）・室内安静・室内保育・その他（ ） | | | ※ |
| 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 | 特になし | | | ※ |
| 治療期間 (見込) | 令和〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇年〇〇月〇〇日（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) | | | ☑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（ ） 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： ） | | 家族構成 育児への支援者： 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（ ） | | ☑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（ ） | | ☑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（ ） | | ☑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（ ） | | ☑該当しない |
| 養育環境 | 家族関係 | ・面会が極端に少ない・その他（ ） | | ☑該当しない |
| | 同胞の状況 | ・同胞に疾患（ ）・同胞に障害（ ） | | ☑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（ ） | | ☑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。

登録受付： 年 月 日 受付番号： 番