

## 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: ( )歳 職業( )	母: ( )歳 職業( )		<input type="checkbox"/> 該当しない	
住 所 (町内在住者)	利根町 電話番号 ー ー (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 ー ー (自宅・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( ) 妊婦検診の受診有無: 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( )		<input type="checkbox"/> 該当しない
		養育者の状況	健康状態等	・疾患( )・障害( )	
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( )		<input type="checkbox"/> 該当しない		
	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他( )				<input type="checkbox"/> 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( )		<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。

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 ○○○クリニック

所在地 △△市△△△△△番地△△

電話番号 XXXX-XX-XXXX

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	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				※
新規コロナウイルス陰性証明	□ P C R <input checked="" type="checkbox"/> 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)			<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
住所 (町内在住者)	利根町布川△△△番地△△ 電話番号 XXXX-XX-XXXX				(自宅・実家・その他)
安静度	・隔離室で隔離 (空気感染受入不可)    ② 室内安静・室内保育・その他 ( )				※
食事に関する特別な指示	・なし <input checked="" type="checkbox"/> 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)    ② 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	① 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 ② その他 ( )				※
退院先の住所	様方 電話番号 - - - (自宅・実家・その他)				<input checked="" 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 checked="" 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 ( ) 妊婦検診の受診有無： 無・有 ( 回 : )		家族構成 育児への支援者： 無・有 ( )		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 該当しない
		・健診、予防接種未受診・不潔・その他 ( )			<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない
		・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 checked="" type="checkbox"/> 該当しない
養育者の状況	・こどもへの思い・態度 ・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他 ( )			<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない	
	・家族関係 ・面会が極端に少ない・その他 ( )			<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない	
	・同胞の状況 ・同胞に疾患 ( ) ・同胞に障害 ( )			<input checked="" type="checkbox"/> 該当しない	
養育環境	・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 checked="" type="checkbox"/> 該当しない	

※備考 1. 必要がある場合は統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