

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()	
			☑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() 家族構成 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() 育児への支援者: 妊婦検診の受診有無: 無・有(回) 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	☑該当しない
		・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()	
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()	☑該当しない
	こどもへの思い・態度	・出産後の状況(マタニティ・ブルー、産後うつ等)・その他()	☑該当しない
養育環境	家族関係	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()	☑該当しない
	同胞の状況	・面会が極端に少ない・その他()	☑該当しない
	養育者との分離歴	・同胞に疾患()・同胞に障害() ・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A型 (疑いを含む) 其他傷病名		※
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)	※
			☑該当しない
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	☑該当しない
		・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()	
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() ・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