## 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<br/> ②チェックをすること<br/> (「 \* 」箇所は必ず記入すること)。

患児の 氏名					男	・女	平成		年		月		E	生		*
10/11							令和									
父母の 氏名	父:							母:								*
	(		)歳	職業(			)	(		)歳	職業(			)		該当しない
住所	水戸市	雷話	番号		_		_		( ⊭	<b>3字</b> • 3	携帯(父・・	丑) <b>·</b> 宝	家 • <del>7</del> σ	)他 )		*
傷病名	電話番号       -       -       ( 自宅・携帯(父・母)・実家・その他 )         (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	一食 (	除去内容			)		その他(			)	*	
処方内容 その他 注意事項																*
治療期間	令和		年		月		日	~ 令和		年		月		日		*
(見込)	(	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)		該当しない
入退院日	入院日 退院(予	: 定)日:	年	年		日日										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       )子中( )子         体重:( g) 身長:( cm)       出生時の特記事項: 無・有( )         出生時の特記事項: 無・有( )       方児への支援者: 無・有( )         妊婦健診の受診有無:無・有( 回: )       無・有( )															該当しない
※以下の項目	は,該当するものに〇, その他には具体的に記入してください   発育・発達  ・発育不良・発達のおくれ・その他( )															該当しない
児の状況	・ <b>才</b> 情緒 ・身		<ul><li>表情が</li><li>身体接</li></ul>	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											該当しない	
	日常的世	は話の状況		( 予防接種 <sup>:</sup>	未受診 ・					)						該当しない
養育者の状況	ı	状態等 )思い・態度		で の状況(* 」・無関心		・ブルース		つ等)・そ o他(	この他(	)	)					該当しない
養育環境	家族同胞の	関係 の状況	<ul><li>・面会が</li><li>・同胞に</li></ul>	極端に少	ない・そ	·の他( )	<ul><li>・同胞に</li></ul>	障害(			)					<u>該当しない</u> 該当しない 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。