

様式第3号（第7条関係）（医科診療報酬点数表別紙様式12の2準用）

鹿嶋市病児保育事業利用連絡票（診療情報提供書）

年 月 日

情報提供先 鹿嶋市教育委員会教育長 様
 （病児保育事業実施施設長 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、次のとおり診療情報を提供いたします。

※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）。

児童氏名	男・女 年 月 日生		*
住所	鹿嶋市 電話番号 (自宅・実家・その他)		*
病名	(疑いを含む) その他の傷病名		*
病状 既往症 治療状況等			*
隔離の要否	・必要 ・不要 ・その他 ()		*
その他注意事項			*
次回診療予定日	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・実家・その他)		<input type="checkbox"/> 該当しない
入退院日	入院日： 年 月 日		<input type="checkbox"/> 該当しない
	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 ・大人の顔色をうかがう ・多動 ・乱暴	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 該当しない
	・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 ()	<input type="checkbox"/> 該当しない
		・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 ()	<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。