

診療情報提供書(東海村病児・病後児保育施設利用連絡票)

年 月 日

東海村病児・病後児保育施設指定管理者 様

紹介元医療機関の  
所在地及び名称

電話番号

医師名

東海村病児・病後児保育施設の利用にあたり、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	*
父母の氏名	父：	母：	<input type="checkbox"/> 該当しない
	( )歳 職業( )	( )歳 職業( )	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)		*
傷病名	1. 急性上気道炎 2. 気管支炎・肺炎 3. 感染性胃腸炎 4. インフルエンザ 5. 風しん 6. おたふくかぜ 7. 咽頭結膜熱 8. 手足口病 9. ヘルパンギーナ 10. 溶連菌感染症 11. その他( )	(病名不明の時) 1. 腹痛症 2. 嘔吐症 3. 下痢症 4. 発熱 5. 喘鳴 6. 咳 7. 湿疹 8. その他( )	*
	迅速検査結果	1. あり (結果： ) 2. なし	
病状	1. 急性期(発熱等) 2. 回復期(微熱等)		
既往症 治療状況等			*
保育上の留意点	1. 一般(他児と同室でよい) 2. 安静室で隔離		*
	1. 安静(ベッド・布団上) 2. 室内安静(ベッド・布団上が主。静かな遊びは可) 3. 室内保育(室内で普通に遊んでよい)		*
現在の投薬 内容・指示	1. 薬剤情報参照 2. その他の処方		*
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( )		*
医師所見	【療養上の留意点があればお知らせください】		*
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		
出生時の状況	出生場所： 当院・他院 ( )週 単胎・多胎 ( )子中( )子 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 ・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( )	<input type="checkbox"/> 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( )	<input type="checkbox"/> 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( )	
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( )	
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他( )	