

【参考】診療情報提供書(笠間市病児保育事業 医師連絡票)の記入箇所等について

※網掛け部分について記入、押印及び欄右側の「該当しない」に☑チェックをお願いします。

様式第3号(第10条関係) (医科診療報酬点数表別紙様式12の2準用)

診療情報提供書(笠間市病児保育事業 医師連絡票)

情報提供先市町村 笠間市長 殿 ○○年 ○○月 ○○日

紹介元医療機関の所在地及び名称 ○○○○医院
○○市○○番地
電話番号 ××××-××-××××

医師名 ○○ ○○ 印

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	*
父母の氏名	父: ○○ ○○ 母: ○○ ○○	*
	()歳 職業() ()歳 職業()	☑ 該当しない
住所	○○市○○番地 電話番号 ××××-××-×××× (自宅・実家・その他)	*
傷病名	インフルエンザA型 (疑いを含む) その他の傷病名	*
病状 既往症 治療状況等	安静を要する	*
安静度	・制限なし ・制限あり() 安静を要する	*
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)	○○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() 母体中の薬剤の有無: 有() 無() 分娩経路: 自然分娩() 帝王切開() 出生時体重: ()g	☑ 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() ・表情が乏しい・構端におびえる・大泣き・固執・多動・乱暴 ・身体接触を好まない・多動・誰かへたがたする ・その他()	☑ 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()
養育者の状況	健康状態等 () ・障害()	☑ 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()
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()
養育者との分離歴 () ・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他()		

保護者に記入してもらってください。

☑チェックを忘れずをお願いします。

病児保育利用にあたっては、原則として記入不要です。