

診療情報提供書（東海村病児・病後児保育施設利用連絡票）

東海村病児・病後児保育施設指定管理者様

年 月 日

紹介元医療機関の
所在地及び名称

電話番号

医師名

印

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：	☐ 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)		☐ 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 () 週 単胎・多胎 () 子中 () 子 在胎： () 身長： (cm) 体重： (g) 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 ()		☐ 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 ()	
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 ()	