

上越市病児・病後児保育事業医師連絡票

(宛先) 上越市長

病児・病後児保育の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

| | | |
|--------|--|---|
| 利用する事業 | <input type="checkbox"/> 病児保育事業（急性期・回復期） （わたぼうし保育室） | <input type="checkbox"/> 病後児保育事業（回復期） （わかくさ保育室・がんぎ通り保育室） |
|--------|--|---|

| | | | |
|--------|--------|-------|-------|
| 患者氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 患者生年月日 | 年 月 日生 | (満 歳) | |
| 患者住所 | | | |
| 電話番号 | — — | 保護者名 | |

| 病名・症状（番号に○） | | | | | |
|--------------------|--|----------------|-----------------|--------|-----------|
| 01 感冒・感冒様症候群 | 11 ロタウィルス胃腸炎 | ＜病名不明の時＞ | | | |
| 02 インフルエンザ | 12 中耳炎・外耳炎 | | | 01 おう吐 | 04 ぜん喘鳴 |
| 03 気管支炎 | 13 結膜炎（流角結を含む。） | | | 02 下痢 | 05 がいそう咳嗽 |
| 04 肺炎 | 14 とびひ | 03 発熱 | 06 しん湿疹 | | |
| 05 ぜん喘息 | 15 溶連菌感染症 | 21 水痘 | 30 その他 | | |
| 06 ぜん喘息様気管支炎 | 16 突発性発疹症 | 22 急性上気道炎 | | | |
| 07 へん扁桃腺炎 | 17 咽頭結膜熱 | | | | |
| 08 クループ | 18 ヘルパンギーナ | | | | |
| 09 感染性胃腸炎 | 19 手足口病 | | | | |
| 10 細菌性腸炎 | 20 ムンプス | | | | |
| 病状（○印） | 01 急性期（発熱等） | 02 回復期（解熱・微熱等） | | | |
| 既往歴、治療経過 及び症状経過 | | | | | |
| 保育上の注意 （○印） | 01 無 ・ 02 有（ ） | | | | |
| 現在の投薬処方 | □別紙参照 ※必ず投薬処方が分かるもの（お薬手帳など）を連絡票と一緒に持参するよう御指導ください。 | | | | |
| 食事（持参） （○印） | 01 ミルク・牛乳のみ | 04 下痢食 | | | |
| | 02 離乳食（前期・中期・後期） | 05 アレルギー食 | | | |
| | 03 幼児食 | （除去内容 ） | | | |
| その他 | ・次回受診の有無（感染症の見極めの診察） | | 01 有（ 月 日） 02 無 | | |
| | ・隔離の必要性 | | 01 有 02 無 | | |

(注) 病後児保育室（わかくさ・がんぎ通り保育室）は、利用当日のお子様の病状が医師連絡票の診断内容と異なっている場合、再度受診をお願いする場合があります。

裏面あり

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| 父母の氏名 | 父： () 歳 職業 () | 母： () 歳 職業 () |
| 入退院日 | 入院日： 年 月 日 | 退院日： 年 月 日 |
| 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 () |
| ※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 ・発達の遅れ ・その他 () |
| | 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 |
| | | ・身体接触を極端にいやがる ・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 () | |
| 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、産後うつ等) ・その他 () |
| | 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 () |
| | 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 () |
| 情報提供の目的とその理由 | | |

(注) この様式を書いていただく料金は、保険診療 (診療情報提供料 I) の扱いとなります。

年 月 日

医療機関
所在地
電話番号
F A X
医師名

印