別記様式第３号（第８条関係）

妙高市病児・病後児保育事業医師連絡票

妙高市長　　宛て

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり診療情報を提供します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | －　　　　　－ | 保護者氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　　　21　水痘　　　　　30　その他  02　インフルエンザ　　　　12　中耳炎・外耳炎　　　　　　　22　急性上気道炎  03　気管支炎　　　　　　　13　結膜炎（流角結を含む。）  04　肺炎　　　　　　　　　14　とびひ  05　喘息　　　　　　　　　15　溶連菌感染症 | | |
| 06　喘息様気管支炎　　　　16　突発性発疹症  07　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 | | 〈 病名不明の時 〉  01　嘔吐　　　　　04　喘息  02　下痢　　　　　05　咳嗽  03　発熱　　　　　06　湿疹 |
| 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  ※必ず投薬処方がわかるもの（お薬手帳など）を連絡票と一緒に持参するようご指導ください。 | |
| 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 | 1　隔離の必要性　　　　　　　　　 01　有　　　　　　02　無  2　急性期から回復期への変更時期：　　月　　日より回復期（病後児保育）とする。 | |

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：  在胎： （　　　）週　単胎・多胎（　　 ）子中（　　 ）子  体重： （　　　　　ｇ）　身長：（　　　　　　㎝）  出生時の特記事項： 無 ・ 有　（　　　　　　　）  妊娠中の異常の有無： 無 ・ 有　（　　　　　　　）  妊娠健診の受診有無： 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・ブルーズ、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

ＦＡＸ

医師名 ㊞