

様式第4号（第8条関係）

病児・病後児保育事業医師連絡票

年 月 日

（あて先）始良市長

医療機関 所在地
 名 称
 電話番号
 診断医師署名

児童の氏名	男・女		年 月 日生
保護者の氏名	父： () 歳 職業 ()	母： () 歳 職業 ()	
住 所	電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所			
緊急連絡先	勤務先： 電話番号：		
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザA・B <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 () <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症	病名不明の場合 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()
症 状	<input type="checkbox"/> 急性期（発熱等） <input type="checkbox"/> 回復期（解熱・微熱等） 入院の必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
既 往 歴			
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内安静（他児と室内で普通に遊んで良い）		
食事に関する特別な指示	留意点 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 胃腸食 <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容： ())		
処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他 ()		
	薬品名・用量・用法		
その他注意事項			

※ 必要がある場合には、裏面についても記載すること。

裏

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・発達のおくれ・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・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 ()	
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 ()
	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 ()
	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	始良市病児・病後児保育事業の利用に当たり必要な情報を提供するため。	

注1 対象児童の居住する市町宛に情報提供をした場合に診療情報提供料(I)を算定することができる(250点)。
患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 始良市長が正本を保管し、病児・病後児保育実施施設は写しを保管すること。