

診療情報提供書

情報提供先 有田市

有 田 市 長 殿

(医療機関) 所在地:

名 称:

電話番号:

医師名: ⑩

※印の項目必須

※患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生	
※傷 病 名		
※ 病 状 既往症 治癒状況等	平成 年 月 日頃より、通常の集団生活ができる見込み	
父母の氏名	父: () 歳 職業 ()	母: () 歳 職業 ()
※ 住 所	(自宅・実家・その他) 電話番号	
退院先の住所		
入退院日	入院日:	退院日:
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 () 妊婦検診の受診の有無: (回:)	家族構成 育児への支援者: 無・有 ()
・以下の項目は、記入できる範囲内で該当するものに○、その他には具体的に記入して下さい		
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	・検診、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・施設入院等・その他 ()
※情報提供の目的とその理由	病児病後児保育利用のため 1. 急性期 (発熱など) 2. 回復期 (解熱・微熱など) ・病児・病後児保育室での与薬 (あり・なし) ・次回受診予定 月 日 ・薬剤アレルギー等注意すべきこと () ・隔離の必要 (あり・なし)	

*備考 1.必要がある場合は続紙記載して添付すること 2.本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。