

様式第4号（第8条関係）（医科診療報酬点数表別紙様式12の2）準用
神戸市病児保育医師連絡票（診療情報提供書）

神戸市長あて

紹介元医療機関

所在地

名称

医師名

電話番号

印

患児の名前			男・女	年	月	日生（	歳	ヶ月）
住所	TEL①		（携帯・自宅・実家・その他）		TEL②		（携帯・自宅・実家・その他）	
父母の名前	父：		（		）歳		母：	
	職業（		職業（					
傷病名	☐ 上気道炎 ☐ 扁桃腺炎 ☐ クループ症候群 ☐ 気管支炎 ☐ 肺炎 ☐ 喘息様気管支炎 ☐ 気管支喘息 ☐ 感染性胃腸炎 ☐ ノロ ☐ ロタ ☐ その他 ☐ 細菌性腸炎 ☐ 伝染性膿痂疹 （疑いを含む）		☐ 中耳炎 ☐ 結膜炎（流角結を含まない） ☐ 溶連菌感染症 ☐ 突発性発疹 ☐ アデノウイルス感染症 ☐ ヘルパンギーナ ☐ 手足口病 ☐ インフルエンザA ☐ インフルエンザB ☐ 百日咳 ☐ おたふくかぜ その他の傷病名（		☐ 麻疹 ☐ 風疹 ☐ 水痘 ☐ ヒトメタニューモウイルス感染症 ☐ 咽頭結膜熱 ☐ RSウイルス感染症 ☐ マイコプラズマ肺炎 ☐ その他 （主な症状など		）	
病状、既往症 治療状況等								
熱性けいれんの既往歴	☐ 有り ☐ 無し		迅速検査の実施状況					
安静度	☐ ベッド上安静 ☐ 隔離 ☐ 準隔離 ☐ 室内安静 ☐ 室内保育							
食事	☐ ミルク・母乳のみ ☐ 離乳食（ ☐ 前期 ☐ 中期 ☐ 後期） ☐ 幼児食 ☐ 経管栄養 ☐ 学童食 ☐ 下痢食 ☐ アレルギー食（除去内容							
処方内容 その他注意事項	その他配慮すべき事柄があれば、具体的に記入してください。 生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など）							
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、神戸市病児保育事業利用にあたり、診療情報を提供するため。							

病児保育事業の利用に当たり、提供すべき情報がない項目は、記入欄右側の「提供情報なし」にチェックをしてください。
すべての項目に提供すべき情報がない場合は、「以下すべて提供情報なし」にチェックをしてください。

退院先の住所	様方	電話番号	（自宅・実家・その他）	☐ 提供情報なし
入退院日	入院日：年 月 日	退院（予定）日：年 月 日		☐ 提供情報なし
出生時の状況	出生場所： 当院 ・ 他院 （	家族構成		☐ 提供情報なし
	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：）	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（）		☐ 提供情報なし
	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		☐ 提供情報なし
		・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（）		☐ 提供情報なし	
養育者の状況	健康状態等	・疾患（） ・障害（）		☐ 提供情報なし
	子どもへの思い・態度	・出産後の状況（マタニティ・ブルーズ、産後うつ等）・その他（）		☐ 提供情報なし
		・拒否的 ・無関心 ・過干渉 ・権威的 ・その他（）		☐ 提供情報なし
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない ・その他（）		☐ 提供情報なし
	同胞の状況	・同胞に疾患（） ・同胞に障害（）		☐ 提供情報なし
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他（）		☐ 提供情報なし

*備考 ・必要がある場合は続紙に記載して添付すること。 ・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。
神戸市あてに情報提供した場合に診療情報提供料（I）を算定することができる。患児一人につき月1回に限り算定する。
（小児科外来診療料を算定する場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料（I）が含まれているため、診療情報提供料（I）を算定することができません。）