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）

年　　月　　日

神戸市長あて

紹介元医療機関
所在地
名称
医師名　　印
電話番号

患児の名前		男・女　　年　　月　　日生（　　歳　　ケ月）	
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 職業（　　）	母：　　（　　）歳 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 ☐ アデノウィルス感染症 ☐ 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。

☐ **以下すべて提供情報なし**

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　（　　） 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（　　）	☐ 提供情報なし

※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 ・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（　　）	☐ 提供情報なし
	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
		・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
	こどもへの思い・態度	・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。）