

【様式例】 母親の場合

診療情報提供書						
情報提供先市町村	市町村長 殿 紹介元医療機関の所在地及び名称  電話番号 医師名 <span style="float: right;">印</span>					
患者の氏名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 ( ) 歳 職業 ( )					
傷病名 病状 既往症 治療状況等	(疑いを含む) その他の傷病名					
児の氏名	男・女 平成 年 月 日生まれ					
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)					
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)					
入退院日	入院日 : 平成 年 月 日   退院(予定)日 : 平成 年 月 日					
今回の 出産時の 状況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">                     出産場所 : 当院・他院 ( )                      在胎 : ( ) 週 単胎・多胎 ( ) 子中 ( )                      体重 : ( ) g 身長 : ( ) cm                      出産時の特記事項 : 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 : )                 </td> <td style="width: 30%;">                     家族構成                          育児への支援者 : 無・有 ( )                 </td> </tr> </table>	出産場所 : 当院・他院 ( ) 在胎 : ( ) 週 単胎・多胎 ( ) 子中 ( ) 体重 : ( ) g 身長 : ( ) cm 出産時の特記事項 : 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 ( )			
出産場所 : 当院・他院 ( ) 在胎 : ( ) 週 単胎・多胎 ( ) 子中 ( ) 体重 : ( ) g 身長 : ( ) cm 出産時の特記事項 : 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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">発育・発達</td> <td>・発育不良・発達のおくれ・その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>日常的世話の状況</td> <td>・健診、予防接種未受診・不潔・その他 ( )</td> </tr> </table>	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・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 ( )	
	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・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 ( )					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">家族関係</td> <td>・面会が極端に少ない・その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>他の児の状況</td> <td>・疾患 ( ) ・障害 ( )</td> </tr> <tr> <td>こどもとの分離歴</td> <td>・出産後の長期入院・施設入所等・その他 ( )</td> </tr> </table>	家族関係	・面会が極端に少ない・その他 ( )	他の児の状況	・疾患 ( ) ・障害 ( )	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他 ( )
家族関係	・面会が極端に少ない・その他 ( )					
他の児の状況	・疾患 ( ) ・障害 ( )					
こどもとの分離歴	・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						
*備考	1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること 2. 本様式は、患者が現に子どもの養育に関わっている者である場合について用いること 3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること					

これらの様式は、産科・小児科を想定して作成されていますが、準じた様式であれば、使用可能です。(「医科点数表の解釈 平成16年版 社会保険研究所」)

外科・内科・歯科・耳鼻科・眼科・脳外科・・・各診療科や病院の形態によって、使いやすい様式を作成し、必要時に連絡をとれるよう準備しておくことが大切です。

## ② 退院連絡票 ～産科・小児科～

**目的** : 出産、退院後も、継続した支援を行う必要がある産婦の情報を連絡するとき用います。

**提出先** : 区市町村の保健所・保健センター

**特徴** : 区市町村の新生児訪問指導などの支援につながります。

**同意** : 本人の同意を得て作成・提出します。

### 【様式例】

退院患児連絡票									
当病院患児が 月 日に退院致しましたので、今後の御指導をお願いいたしたく御連絡申し上げます。									
氏名		男 女		家庭状況					
病名		続柄 職業		続柄	年齢	職業	健否	住宅環境	家族状況の特記
保護者氏名		続柄 職業						独立家屋、マンション、アパート 社宅、団地、(附建 附)	
住所		電話						内風呂、銭湯	
生年月日		年 月 日		在胎週数	週 日	生下時体重	g	育児実技指導	受 否
分娩場所		単胎 多胎 ( )						面会 ・ 入室面会状況	
妊娠分娩歴		妊娠 回、分娩 回、死産 回、		流産	自然 回	人工 回			
今回妊娠経過		正 ・ 異 (妊娠中毒症・貧血・前置胎盤・羊水過多)							
今回分娩経過	正 ・ 異 (前 ・ 早期破水 ・ 骨盤位 ・ 遷延分娩)				<退院時指導欄>				
	娩出方法 (自然 ・ 吸引 ・ 鉗子 ・ 帝切)				日 令	日	体重	g	ミルク
A p g a r 点		仮死 : I II 度							
入院中の児の経過		入院 : 日 令 日		保育器使用 : 日 令 日 ~ 日 まで		<退院後問題になりそうなこと及び今後指導してほしいこと>			
黄疸 : 加齢せず、加療 (光線療法、交換輸血、薬物療法)		O2使用 : 有 無							
栄養	経管開始	日 令	日	m l × 回	母乳育児の 特記				
	経口開始	日 令	日	m l × 回					
	果汁開始	日 令	日						
母乳	持参母乳	有 無							
直接母乳		m l ~	m l	回 / 週	<退院直後連絡先>				
<医療面>				自宅 実家 ( )					
眼底検査		/	/	/	<次回受診日>				
先天性代謝異常検査		/	/	/	育児相談日 月 日				
整形外科受診		/	/	/	眼科受診日 月 日				
東京都立清瀬小児病院未熟児・新生児病棟 東京都清瀬市梅園1-3-1 TEL 0424-91-00211内421 医師 平成 年 月 日 看護婦									

この様式は、東京都立清瀬小児病院で使用している様式です。多くの場合、各病院独自の帳票を作成しています。

③ 未熟児連絡票 ～産科・小児科～

- 目的** : 低体重出生児など、NICU 退院後も、継続した支援を行う必要がある母子の情報を連絡するときに用います。
- 提出先** : 区市町村の保健所・保健センター
- 特徴** : 区市町村の未熟児訪問指導などの支援につながります。
- 同意** : 本人の同意を得て作成・提出します。

【様式例】

市町村長 殿		医療機関名	
		主治医	
未熟児出生連絡票 (医療機関⇒市町村)			
今後の指導をお願いいたしたく連絡いたします。			
児の氏名	男・女	平成 年 月 日生 第 ( ) 子 単胎・多胎 ( ) 子中 ( ) 子 カルテ番号 ( )	
父母の名	父 ( ) 歳	母 ( ) 歳	
住 所	電話番号 ( )		
出生時の状況	出生場所 当院・ ( ) 病院 在 胎 ( ) 週 ( ) 日 分娩様式等 頭位、横位、骨盤位、自然、吸引、鉗子、帝王切開 ( ) 体 重 ( ) g 出生児の特記事項		
	妊娠中の異常の有無 無・有 ( )		
入院中の経過	入院期間 平成 年 月 日～ 年 月 日 保育器収容日数 ( ) 日		
	診 断 名		
	けいれん	: 無・有	生後 ( ) 日～ ( ) 日
	呼吸障害	: 無・有	酸素使用: 生後 ( ) 日～ ( ) 日 人工換気療法: 生後 ( ) 日～ ( ) 日
	黄疸治療	: 無・有	光線療法 日 / 交換輸血: ( ) 回
眼底所見	: 無・有	網膜症治療: 無・有	
その他合併症			
退院時の状況	体 重 : ( ) g		
	哺乳状態: 母乳・混合・人工 ( ) ml× ( ) 回 ミルクの増やし方ー普通でよい・注意を要する		
	退院処方: 無・有 ( ) 退院指導の内容 ( ) フォローアップする医療機関 : 当院・ ( ) 病院、診療所		
主な退院指導内容		予測される問題点	保健所で行ってほしい指導
入院中の主治医		外来担当 (主治) 医	
次回の当院受診予約日 ( 月 日)		記録日 ( 月 日)	
※本連絡票を市町村に送ることについては、ご両親 (父・母) の了解を得ております。			
注: 住所欄には、児の退院後の居住地を記入すること。			

この様式は、東京都が示した参考様式です。多くの場合、各病院独自の帳票を作成しています。

#### ④ 各種健診結果票 ～産科・小児科～

- 目的** : 区市町村から医療機関に委託され実施している、各種健康診査の結果を連絡するときに用います。
- 提出先** : 区市町村の保健所・保健センター
- 特徴** : 区市町村における経過観察や精密健康診査などにつながります。
- 同意** : 健康診査自体が、本人の意思で実施されます。区市町村へのデータの提供は、個人情報の通常目的であるため、本人同意は不要です。

#### 【様式例】 妊婦健診の場合

<p>(1回目) 妊婦健康診査受診票 (丙) <small>請求原票 結果通知票</small></p> <p>東京都〇〇市</p> <p>医療機関へのお願い</p> <p>この受診票 (丙) は当月分をおとりまとめのうえ「妊婦・乳児健康診査総括票」と一緒に所定の方法によりご提出ください。</p>		<p>この欄は診察した医師が記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="5">診察所見</td> <td>1</td> <td>異常を認めない</td> <td rowspan="5">検査結果</td> <td>浮腫</td> <td>- ± + 2+</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>妊娠中毒症</td> <td>尿蛋白</td> <td>- ± + 2+</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>貧糖</td> <td>糖</td> <td>- ± + 2+</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>糖</td> <td>血色素</td> <td>% g/dl</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>その他</td> <td>血圧</td> <td>最高 / 最低</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">区市町村への連絡事項 (折らないで下さい)</td> <td>1</td> <td>訪問指導を要する</td> <td rowspan="4">結果</td> <td>梅毒血清反応</td> <td>- ± + 2+</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>当院にて { 治療指導</td> <td>HB s 抗原</td> <td>- +</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>要精密</td> <td>その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>その他</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		診察所見	1	異常を認めない	検査結果	浮腫	- ± + 2+	2	妊娠中毒症	尿蛋白	- ± + 2+	3	貧糖	糖	- ± + 2+	4	糖	血色素	% g/dl	5	その他	血圧	最高 / 最低	区市町村への連絡事項 (折らないで下さい)	1	訪問指導を要する	結果	梅毒血清反応	- ± + 2+	2	当院にて { 治療指導	HB s 抗原	- +	3	要精密	その他		4	その他		
診察所見	1	異常を認めない	検査結果		浮腫	- ± + 2+																																					
	2	妊娠中毒症			尿蛋白	- ± + 2+																																					
	3	貧糖			糖	- ± + 2+																																					
	4	糖			血色素	% g/dl																																					
	5	その他		血圧	最高 / 最低																																						
区市町村への連絡事項 (折らないで下さい)	1	訪問指導を要する	結果	梅毒血清反応	- ± + 2+																																						
	2	当院にて { 治療指導		HB s 抗原	- +																																						
	3	要精密		その他																																							
	4	その他																																									
<p>住所コード</p> <table border="1"> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ 氏名</td> <td></td> <td>電話</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>昭和 年 月 日生</td> <td>職業</td> <td></td> </tr> <tr> <td>初産・経産の別</td> <td colspan="3">初産 ・ 今までのお産 ( 回)</td> </tr> <tr> <td>出産予定日</td> <td colspan="3">平成 年 月 日</td> </tr> </table>	住所				フリガナ 氏名		電話		生年月日	昭和 年 月 日生	職業		初産・経産の別	初産 ・ 今までのお産 ( 回)			出産予定日	平成 年 月 日			<p>妊婦健康診査の結果は上記のとおりです。</p> <p>平成 [ ] 年 [ ] 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名</p> <p>医療機関コード</p>																						
住所																																											
フリガナ 氏名		電話																																									
生年月日	昭和 年 月 日生	職業																																									
初産・経産の別	初産 ・ 今までのお産 ( 回)																																										
出産予定日	平成 年 月 日																																										

【様式例】 乳児健診の場合

乳児（6～7か月）健康診査受診票（甲） 医療機関控 左記の児の健康診査を依頼します。  
 保護者の方へ 東京都〇〇市 都内委託医療機関 様  
 ◎太枠の中は健康診査を受ける前に必ず記入してください。 東京都〇〇市長  
 ◎この受診票は都内在住の方が、都内委託医療機関で利用できます。  
 （当てはまる項目に記入をするか○をつけてください。）

出生児の状況	体重	g	週数	週（	か月）
出生児の異常	なし・あり（				
受けた予防接種	B06・ポリオ生ワクチン・三種混合（1・2・3）				
現在の栄養方法	母乳	回	粉ミルク	回（1日	ml）
1 どちらかに寝返りができますか					はい・いいえ
2 両手をひいて背を丸くして、ほんのわずかに座れますか					はい・いいえ
3 おもちゃなどを差し出すと、自分から手を出してつかめますか					はい・いいえ
4 家族といるとき、話しかけるような声を出しますか					はい・いいえ
5 なついている人が声をかけると、泣きやんだりうれしそうな様子を見せますか					はい・いいえ
6 音や呼びかけにふりむきますか					はい・いいえ
7 眼の位置がおかしい（斜視）と思いませんか					はい・いいえ
8 ひと目が白っぽく見えますか					はい・いいえ
9 ひきつけたことがありますか					はい・いいえ
10 今までに入院をするような重い病気をしたことがありますか					はい・いいえ
11 お母さんの気持ちや体の調子はよいほうですか					はい・いいえ
12 その他、何か相談したいことや心配なことがあったら書いてください	[ ]				

体重	g（10p以下 90p以上）			
身長	cm（10p以下 90p以上）			
頭圍	cm	カウプ指数		
栄養状態	やせている・ふつう・ふとっている	離乳食の進み方	順調・順調でない	
診察所見	皮膚の異常	なし・あり（	呼吸音の異常	
	心音の異常	なし・あり（	腹部の異常	なし・あり（
	四肢の異常	なし・あり（	聴聴の疑い	なし・あり（
	斜視の疑い 白色瞳孔	なし・あり（	その他	
	神経学的所見 及び運動機能	1 手をついてほんのわずかに座る 座れる・座れない 2 引き起こし反応 正常・異常の疑い・異常 3 顔に布をかけるテスト とる・とらない・左右差		
総合判定	問題なし・あり・疑い ( )			
今後の指導と区市町村への連絡事項	1 当院で行う（保健指導・栄養指導・経過観察・治療・他機関紹介） 2 区市町村で行う（保健指導・栄養指導・経過観察・精密検査医療機関紹介） 3 他機関管理中（） 4 その他			
乳幼児健診の結果は上記のとおりです。 平成 年 月 日				
所在地 医療機関名 医師名				

東京都では、統一様式となっています。

