

医療的ケア児等退院時診療情報提供書案

令和 年 月 日

情報提供先

殿

医療機関名
郵便番号
所在地
電話番号
診療科
医師名

次の患者について、今後、地域保健機関等による支援を必要としますので連絡します。
なお、本書の送付については、別紙のとおり、同意を得ております。

氏名	(男・女) 年 月 日生	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
保護者氏名	続柄 () 歳	続柄 () 歳
主な診断名		
入院中の経過		
入院期間	入院： 年 月 日 ~ 年 月 日	退院・転院日： 年 月 日 転院先：
出生時の状況	出生場所：当院・他院 () 在胎：() 週 () 日 単胎・多胎 () 妊娠 () 経産 出生体重：() g 出生身長：() cm アプガースコア () 点 () 点 出生時の特記事項：無・有 (別紙参照) 妊娠中の異常：無・有 () 妊婦健診の受診状況：特記事項無・有 ()	家族構成 育児への支援者：無・有 ()
依頼したい支援項目	<input type="checkbox"/> 成長、発達支援 <input type="checkbox"/> 健康上の問題への支援 <input type="checkbox"/> 社会的な問題への支援 <input type="checkbox"/> 経済的な問題への支援 <input type="checkbox"/> その他	
児の状況	発育・発達	
	医療ケア	経管栄養・口腔内吸引・在宅酸素療法・排痰補助装置・在宅人工呼吸器 (TPPV・NPPV) 気管切開・下咽頭チューブ・在宅IVH・CAPD・間歇導尿・人工肛門・胃瘻・腸瘻・その他 ()
養育者の状況	健康状態	
	面会状況	
養育環境	家族関係・支援者	
	同胞の状況	
	養育者との分離歴	
社会資源利用状況	訪問看護 (事業所名 頻度 回)	
	手帳 (身障 級・療育・精神福祉：取得済・申請中)	