**要養育支援者情報提供票　≪妊婦版≫**

◎情報提供にご協力ありがとうございます。正確な情報共有のため文書でのご連絡にご協力をお願いします。

至急の場合は、電話で所管保健センターへ連絡をいただき、後日、文書の送付をお願いします。

市区町村保健（福祉）センター名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　令和　　年　　月　　日

医療機関用

様式１－１

　　　　　市　　　　　　課・保健センター　　　　　　　　　　　　　様

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　**診療科**　　　　　　　医師名

TEL 　　 　　内線 　　　　　担当者名　　　　　　　　　\*連絡窓口の方を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| アセスメント項目(該当する項目の□に✔をする） | 生活歴（A） | □保護者自身の被虐歴□保護者自身のDV歴（加害・被害を含む）□胎児のきょうだいの不審死□胎児のきょうだいの虐待歴□過去に心中未遂（自殺未遂） |
| 妊娠に関する要因（B） | □16歳未満の妊娠□若年（20歳未満）妊娠（過去の若年妊娠を含む）□20週以降の届出□妊婦健康診査未受診、中断□望まない妊娠□胎児に対して無関心・拒否的な言動□今までに妊娠・中絶を繰り返す□飛び込み出産歴□40歳以上の妊娠□多胎・胎児の疾患や障がい□妊娠中の不規則な生活・不摂生等 |
| 心身の健康等要因（C） | 1. □精神疾患等（過去出産時の産後うつ、依存症を含む）□パーソナリティ障がい（疑いを含む）□知的障がい（疑いを含む）□訴えが多く、不安が高い□身体障がい・慢性疾患がある
 |
| 社会的・経済的要因（D） | □右記以外の経済的困窮や社会的問題□生活保護受給□不安定就労・失業中　 |
| 家　庭・環境的要因（E） | □住所不定・居住地がない□ひとり親・未婚・ステップファミリー□家の中が不衛生□出産・育児に集中できない家庭環境 |
| その他（F） | □上記に該当しない気になる言動や背景( )□HTLV-１抗体陽性による（ＷＢにより確定）＊妊婦が同意している　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 支援者等の状況 | 支援者 | □死別、高齢、遠方等の理由により、妊婦の父母・きょうだい等の親族に頼ることができない　□夫婦不和、親族と対立している　　□パートナー又は妊婦の実母等親族一人のみが支援者□地域や社会の支援を受けていない |
| 関係機関等 | □保健師等の関係機関の関わりを拒否する　　　□情報提供の同意が得られない |
| 妊　婦 | ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 | 生年月日：　　年　　月　　日（　　）才 | 職業：無・有（　　　　　　　） |
| 現在の妊娠週数：　　週　　日 | 予定日：　　　年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 （実家、自宅、その他　　　　　） |
| 電　話 | 1. （固定電話・携帯）
2. （固定電話・携帯）
 | 家族構成　　　　　　　　　　 　　 ◎□育児への支援者　無・有（誰：　　　　　　　　　　） |
| ﾊﾟｰﾄﾅｰ | 婚姻：有・無・予定（　　　　）氏名　　　　　　　　　　　　職業（　　　　）連絡先 |
| 主たる援助者 | 有・無　　　続柄氏名連絡先 |

本情報提供票を**里帰り先及び住所地の市区町村保健（福祉）センター・保健所に**送ることに関して次の方の同意を得ています。

（本人：有・無、パートナー：有・無、その他（　　　　）：有・無 ／いずれも同意なし：医療機関として特に支援が必要と判断したため）

※送付先は市区町村保健(福祉)センターですが、状況によっては市町村から保健所に情報提供されることがあります。

|  |
| --- |
| 情報提供の理由、相談内容　 |
| 通院・入院中の様子 |
| 今後のフォロー依頼内容 |

◆この用紙を受けとった保健機関は、支援結果または支援方針を簡潔に記載し、概ね1か月以内に、医療機関に返送してください**。**

大阪府

**要養育支援者対応結果票**

医療機関用

様式２

令和　　年　　月　　日

送付先名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院・医院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保健（福祉）センター・保健所名

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者名　　　　　　　　　 　電話番号

要養育支援者情報提供票をいただきました下記の妊産婦・児について報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊婦の状況・児の氏名等 | 出産予定日：令和　　年　　月　　日又は妊娠週数：（　　　　）週（　　　）日第　　　　子　/　妊娠　　　　回目 | 児の氏名：フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　令和　　年　　月　　日生（　　　）才（　　　　）か月 |
| 父母の氏名（父またはパートナー） | 妊婦・母：フリガナ　　　　　　　　（　　　　）歳　職業（　　　　　　　　　　　　　　　） | 父またはﾊﾟｰﾄﾅｰ：フリガナ　　　　　　　　　　　　　 （ 　　）歳　職業（　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅・実家・その他　　　　　　　　　）　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（固定電話・携帯）　　　　　　　　　　　 |
| 経過及び対応時の状況：対応方法（訪問・面接・電話・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）実施日：令和　　年　　月　　日　妊婦の場合　・妊娠週数：　　　週　　　日　産婦とその子どもの場合　・月齢：　　　歳　　　　か月　　 |
| **妊・産婦、保護者の状況**：□課題あり□課題なし | **児の状況：**発育・発達：　□良好□課題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　）身体測定値： 体重（　　　　　）ｇ　　身長（　　　　　）ｃｍ栄養：　母乳・混合・人工栄養・離乳食・幼児食（　　　回/日） |
| 家庭環境・家族の状況等 |
| 対応時の相談内容及び指導内容 |
| 今後の援助計画　□　　　か月後訪問・面接　□　　　か月児健診で確認　□経過観察健診で確認　□相談時対応□その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □支援終了 |
| 病院への依頼事項　□受診時連絡希望　□未受診時連絡希望　　□その他連絡事項 |
| 本対応結果票を送ることは、次の方の同意を得ております。（母・父またはパートナー・その他：　　　　　　　　　　　　　　） |

◆支援結果または支援方針を簡潔に記載し、概ね1か月以内に、医療機関に返送してください**。**

（里帰り先の市町村は、妊産婦の住所地の保健機関にも結果票を送付してください。）

大阪府