

要養育支援者情報提供票 <<産婦・乳幼児版>>

医療機関用
様式1-2

市区町村保健(福祉)センター名称

令和 年 月 日

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。

○連絡する対象者の該当する□にチェック(✓)、必要事項に記載してください。							
児口	フリガナ 令和 年 月 日生 男・女 第()子 単胎・多胎()子中()子 (傷病名、病状、既往症、治療状況等)						
*父の欄に記載したのは <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> パートナー							
父等 □ 母 □	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">父またはパートナー:フリガナ</td> <td style="width: 50%; border: none;">母:フリガナ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">生年月日: 年 月 日 ()歳</td> <td style="border: none;">生年月日: 年 月 日 ()歳</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">職業:</td> <td style="border: none;">職業:</td> </tr> </table>	父またはパートナー:フリガナ	母:フリガナ	生年月日: 年 月 日 ()歳	生年月日: 年 月 日 ()歳	職業:	職業:
父またはパートナー:フリガナ	母:フリガナ						
生年月日: 年 月 日 ()歳	生年月日: 年 月 日 ()歳						
職業:	職業:						
婚姻 : 無・有	父またはパートナーの特記事項 ・なし ・あり()						
同居 : 無・有	母の特記事項 ・なし ・あり()						
経済 状況	・生保・助産券使用・医療費等未払い・不安定就労・無職 ・その他() ・特記事項なし						
自宅 住所	〒 連絡先:(固定電話・携帯電話)						
退院 先の 住所	〒 様方 (自宅・実家・その他) 連絡先:(固定電話・携帯電話)						
入退 院日	入院日 : 令和 年 月 日 退院(予定)日 : 令和 年 月 日						
新生児・乳児の場合 は出生時の状況	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%; border: none;"> 出生場所: 当院・他院()・自宅 その他() 在胎週数: ()週 体重:()g 身長:()cm 分娩様式等: 自然・吸引・鉗子・帝王切開・誘発 出産時の特記事項:無・有 その他() 【・黄疸・酸素投与・保育器収容・NICU 収容・人工換気療法】 ・その他() </td> <td style="width: 40%; border: none; vertical-align: top;"> 家族構成 </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> 妊娠中の異常の有無: 無 有() </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> 育児の支援者 </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> 妊婦健診の受診有無: 無・有 </td> <td style="border: none; vertical-align: top;"> 無・有(誰:) </td> </tr> </table>	出生場所: 当院・他院()・自宅 その他() 在胎週数: ()週 体重:()g 身長:()cm 分娩様式等: 自然・吸引・鉗子・帝王切開・誘発 出産時の特記事項:無・有 その他() 【・黄疸・酸素投与・保育器収容・NICU 収容・人工換気療法】 ・その他()	家族構成	妊娠中の異常の有無: 無 有()	育児の支援者	妊婦健診の受診有無: 無・有	無・有(誰:)
出生場所: 当院・他院()・自宅 その他() 在胎週数: ()週 体重:()g 身長:()cm 分娩様式等: 自然・吸引・鉗子・帝王切開・誘発 出産時の特記事項:無・有 その他() 【・黄疸・酸素投与・保育器収容・NICU 収容・人工換気療法】 ・その他()	家族構成						
妊娠中の異常の有無: 無 有()	育児の支援者						
妊婦健診の受診有無: 無・有	無・有(誰:)						

*裏面に続く

要養育支援者対応結果票

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()	父またはパートナー: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: <input type="checkbox"/> 課題あり <input type="checkbox"/> 課題なし	児の状況: 発育・発達: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> か月後訪問・面接 <input type="checkbox"/> か月児健診で確認 <input type="checkbox"/> 経過観察健診で確認 <input type="checkbox"/> 相談時対応 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 支援終了		
病院への依頼事項 <input type="checkbox"/> 受診時連絡希望 <input type="checkbox"/> 未受診時連絡希望 <input type="checkbox"/> 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。)