

◎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。

医療機関用
様式1-1

要養育支援者情報提供票 《妊婦版》

市区町村保健（福祉）センター名称
市 課・保健センター

令和 年 月 日
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)	<input type="checkbox"/> 保護者自身の被虐待歴 <input type="checkbox"/> 保護者自身のDV歴(加害・被害を含む) <input type="checkbox"/> 胎児のきょうだいの不審死 <input type="checkbox"/> 胎児のきょうだいの虐待歴 <input type="checkbox"/> 過去に心中未遂(自殺未遂)	
	妊娠に関する要因 (B)	<input type="checkbox"/> 16歳未満の妊娠 <input type="checkbox"/> 若年(20歳未満)妊娠(過去の若年妊娠を含む) <input type="checkbox"/> 20週以降の届出口妊婦健康診査未受診、中断 <input type="checkbox"/> 望まない妊娠 <input type="checkbox"/> 胎児に対して無関心・拒否的な言動 <input type="checkbox"/> 今までに妊娠・中絶を繰り返す <input type="checkbox"/> 飛び込み出産歴 <input type="checkbox"/> 40歳以上の妊娠 <input type="checkbox"/> 多胎・胎児の疾患や障がい <input type="checkbox"/> 妊娠中の不規則な生活・不摂生等	
	心身の健康等要因 (C)	<input type="checkbox"/> 精神疾患等(過去出産時の産後うつ、依存症を含む) <input type="checkbox"/> パーソナリティ障がい(疑いを含む) <input type="checkbox"/> 知的障がい(疑いを含む) <input type="checkbox"/> 訴えが多く、不安が高い <input type="checkbox"/> 身体障がい・慢性疾患がある	
	社会的・経済的要因 (D)	<input type="checkbox"/> 右記以外の経済的困窮や社会的問題 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 不安定就労・失業中	
	家庭・環境的要因 (E)	<input type="checkbox"/> 住所不定・居住地がない <input type="checkbox"/> ひとり親・未婚・ステップファミリー <input type="checkbox"/> 家の中が不衛生 <input type="checkbox"/> 出産・育児に集中できない家庭環境	
	その他 (F)	<input type="checkbox"/> 上記に該当しない気になる言動や背景() <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 夫婦不和、親族と対立している <input type="checkbox"/> パートナー又は妊婦の実母等親族一人のみが支援者 <input type="checkbox"/> 地域や社会の支援を受けていない	
	関係機関等	<input type="checkbox"/> 保健師等の関係機関の関わりを拒否する <input type="checkbox"/> 情報提供の同意が得られない	
妊婦	フリガナ氏名	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:)	
パートナー	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。

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。)