

## 妊婦・親子連絡票（返信用）

御中

（※宛先はこのままで、県健康福祉センターあてFAXもお願いします）

ご連絡いただきありがとうございました。支援状況等について報告いたします。

年 月 日

ケース管理 No.	所属・担当者
- - -	(連絡先： )

〈内容〉

初回支援日	連絡を受けて <input type="checkbox"/> 1週間以内 <input type="checkbox"/> 2～3週間以内 <input type="checkbox"/> 4～5週以内 <input type="checkbox"/> それ以降
	ケースの把握状況 <input type="checkbox"/> 連絡票で把握した <input type="checkbox"/> すでに把握していた
支援方針	今後の支援 ( 継続 ・ 終了 )
	把握機関での支援 ( 必要 ・ 不要 )
	別機関への紹介 ( あり ・ なし )
支援頻度	<input type="checkbox"/> 1回で終了 <input type="checkbox"/> 1回/2～3か月 実施 <input type="checkbox"/> 1回/月 実施 <input type="checkbox"/> その他( )
【行った支援の内容】	
<input type="checkbox"/> 児の健康観察 <input type="checkbox"/> 母の健康観察 <input type="checkbox"/> 育児不安の傾聴・相談 <input type="checkbox"/> 養育環境の確認・調整 <input type="checkbox"/> 育児状況の確認・調整 <input type="checkbox"/> 家族関係の確認・調整 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
【特記事項】 あり・なし	