

妊婦・親子連絡票（発信用）

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）

別紙の妊婦・親子について情報提供を行います。貴所属においても支援をお願いします。

平成 年 月 日

ケース管理 No.	所属・担当者名
- - -	(連絡先：)

〈妊婦・親子の状況〉

【妊娠・出産のステージ】		<input type="checkbox"/> 妊娠中	<input type="checkbox"/> 出産後～退院前	<input type="checkbox"/> 退院後
住所地	福井県()市・町)・県外	里帰り先	()市・町	
【支援が必要と感じる親の要因】		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 精神疾患	
<input type="checkbox"/> 知的に低い	<input type="checkbox"/> 外国人	<input type="checkbox"/> 身体疾患	<input type="checkbox"/> 未婚	
<input type="checkbox"/> 望まぬ妊娠	<input type="checkbox"/> 若年	<input type="checkbox"/> 高齢出産	<input type="checkbox"/> 多経産	
<input type="checkbox"/> 健診未受診	<input type="checkbox"/> 飛び込み分娩	<input type="checkbox"/> 頻回中絶	<input type="checkbox"/> DV	
<input type="checkbox"/> 育児不安	<input type="checkbox"/> エジンバラ9点以上	<input type="checkbox"/> 愛着形成不全	<input type="checkbox"/> 家族関係不和	
<input type="checkbox"/> サポート体制なし	<input type="checkbox"/> 経済的不安	<input type="checkbox"/> 流産・死産		
<input type="checkbox"/> その他 ()				
【支援が必要と感じる子の要因】		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 未熟児	
<input type="checkbox"/> 障害児	<input type="checkbox"/> 多胎	<input type="checkbox"/> 長期療養児	<input type="checkbox"/> 胎児のため不明	
<input type="checkbox"/> その他 ()				
【今後の予定】	<input type="checkbox"/> 当院通院	<input type="checkbox"/> 別機関通院 (機関名：)		

〈今後の支援方針〉

【発信元での支援】		
<input type="checkbox"/> 支援予定なし	<input type="checkbox"/> 相談があれば対応	<input type="checkbox"/> 継続的に支援
【受信先への依頼事項】		
<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
【支援の緊急性】		
<input type="checkbox"/> 早急に	<input type="checkbox"/> できれば早めに	
<input type="checkbox"/> 時期をみて	<input type="checkbox"/> 念のための情報提供	
<input type="checkbox"/> その他 ()		

※本連絡票を関係機関に送ることについて、了解を得て (いる ・ いない) 。