

診療情報提供書

(ハイリスク妊産婦連絡票)

市町村長 殿

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

Tel

Fax

科、主治医

印

今後の支援をお願いします。本書の送付については本人の了解を得ております。

患者 (妊産婦) の 氏名	ふりがな 氏名 年 月 日生 歳 職業 () 初産・経産 妊娠歴 (- - -) * 初診日 令和 年 月 日 初診日の妊娠週数 (週) 単胎・多胎 分娩予定日 (令和 年 月 日) 既婚・未婚	家族 構成 (養育 環境)	(同居家族についての家系図 分かる範囲で) 夫 (氏名: 年齢: 職業:) 育児の協力者: 無・有 ()
住所	Tel : (里帰り出産等の場合の連絡先) Tel :		
傷病名	(疑いを含む)		
入退院日	入院日: 令和 年 月 日 退院(予定日): 令和 年 月 日		助産制度の利用: 無・有
病状・ 妊娠中 の状況 既往歴 治療歴	合併症: 無・有 () 妊娠中の異常: 無・有 () 定期健診の受診状況: 定期受診・不定期・受診せず 分娩への不安: 普通・やや強い・強い 病状・その他特記事項		
妊娠に ついて の問題	無・有 (1. 望まぬ妊娠 2. 妊娠回数5回以上 3. 十代の妊娠 4. その他 ()) 前回までの妊娠での特記事項 (抑うつ状態、愛着不全等)		
背景 要因	本人 1. 生育歴の問題 () 2. 知的問題 3. 精神疾患 4. アルコール、薬物等の問題 5. 性格の問題 () 6. その他 () 7. 不明 配偶者 1. 生育歴の問題 () 2. 知的問題 3. 精神疾患 4. アルコール、薬物等の問題 5. 性格の問題 () 6. その他 () 7. 不明		
その他家 族の状況	1. 離婚歴有 2. 連れ子有 (本人、配偶者、本人・配偶者共) 3. その他 ()		
分娩後 の状況	1. 抑うつ状態 2. 誰からも祝福や協力のない分娩 3. 子どもを触らない 4. 授乳拒否 5. その他 ()		
児の 名前	ふりがな 令和 年 月 日生 第 子 氏名 男・女		
児の 状況	出生場所: 当院・他院・助産院・自宅・ () 在胎週数: ()週 ()日 体重 ()g 胎児仮死: 無・有 (アプガースコア-1分後) その他の合併症: 無・有 () 入院期間: 令和 年 月 日~令和 年 月 日、保育器収容日数 ()日 退院時体重 ()g 治療が必要な病気があった場合の診断名: 退院時の児の問題点: 無・有 () フォローアップが必要な場合の医療機関: 当院・転院 (医療機関名:) その他特記事項:		
次回の当院受診予定日	(令和 年 月 日)		
市町村への依頼事項: (情報提供の目的・理由)			訪問時期: 至急・次回受診日までに
この連絡票の内容に関する問い合わせ先 担当者氏名 (職種) TEL			

* 本書は、妊産婦について支援が必要と思われた時点で対象者が居住する市町村にお出してください。

* 妊娠歴の () 内は (妊娠回数-中絶・流産の回数-分娩回数-健在な子どもの数) の順です。