様式１（国様式12の2・12の3に対応）

**育児支援等連絡票（訪問結果について）**

 医療機関名 　 機関名

　医師名

 様 　　　　　　　　　市町・健康福祉事務所・保健所

連絡票をいただきました下記の者について報告いたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  児の氏名 |  　　　　　 男・女 　　　　年　　　月　　　日生 第（　　　）子 　　　　　 単 胎 ・ 多 胎　　 　（　　　）子中（　　　）子 |
|  父母の状況 |  父： 　 （　　　　）歳 職業（　　　　　　　　　　　　） |  母： 　　　　 （　　　　）歳 　　 職業（　　　　　　　　　　　） |
|  住　　所 |  電話番号 （自宅・実家・その他） |
|  訪問先の住所 |  様方 電話番号 （自宅・実家・その他） |
|  退院後の経過及び訪問時の状況 訪問実施日　　 　　 　　年　　月　　日 　 月齢 カ月　　　日 　（修正　 　カ月　　日） |
|
|
| 発育状況　身体計測値：体重 （　　　　　　　　）ｇ 身長 （　　　　　　　　）㎝ 頭囲 （　　　　　　　　）㎝ 胸囲 （　　　　　　　　）㎝ １日体重増加量 　（　　　　　　　）ｇ 栄養状況 ：母乳( 　)回／日・混合 人工（　　　）ml×（　　　）回 離乳(食事) 便回数　（　　　）回／日 |  発達状況 　注視：（ 有 ・ 無 ） 　　　音反応：（ 有 ・ 無 ） 　四肢運動：（ 活発・不良 運動の左右差：（ 有・ 無 ） 情緒　 気になる行動等：（ 有 ・ 無 ）　　　有の場合は、該当するものに○、その他は具体的に　　　・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう　　　・多動・乱暴・身体接触を極端にいやがる　　　・誰とでもべたべたする・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 児の状況 | 発育・発達・情緒 |  ・発育のおくれ　・発達のおくれ　・その他（　　　　　　　　　　　） |
|
| 日常的世話の状況 |  ・健診、予防接種未受診・不潔・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者の状況 | 健康状態等 |  ・疾患（　　　　　　　　　） ・障害（　　　　　　　　　　　　　） ・出産後の状況(マタニティ･ブルーズ、産後うつ等） ・その他（　　　　　 ） |
|
| こどもへの思い・態度 |  ・拒否的　・無関心　・過干渉　・権威的　・その他（　　　　　　　　　 ） |
| 家族状況・養育環境 | 育児の相談者 |  　 有（誰：　　　　　　　　　　）　・　 無 |
|
| 同胞の状況 |  ・疾患（　　　　　　　　　） ・障害（　　　　　 　　　　） |
|
| 養育者との分離歴 |  ・出産後の長期入院　・施設入所　・その他 |
|  訪問時の相談内容及び指導内容 |
|  依頼事項についての返答 |
|  問題点及び今後の援助計画 |
|  病院への依頼事項 |

 ※本連絡票を医療機関等に送ることについては、保護者（父・母・　　）あるいはご本人の了解を得ております。

 **記入日　　　　　　　年　　月　　日** 　　 記録者 所属部署名

 保健師氏名　　 印

 　　 　ＴＥＬ