（妊婦用様式）養育支援ネット：妊婦用

　　　年　　　月　　　日

情報提供先市町村長　様

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

（連絡窓口担当者：　　　　　　　　　）

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)  妊婦の氏名 |  | | | | | 昭和･平成･令和　　 年　　月　　日生(　　)歳  職業（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　　（自宅･実家･その他） | | | | | | | |
| (上記と異なる場合)  連絡先住所 | 電話番号　　　　　　　　　　　（自宅･実家･その他） | | | | | | | |
| 分娩予定日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | 現在の週数 | | | 週　　　　　日 |
| 情報提供の  目的とその  理由 |  | | | | | | | |
| **※以下の項目は、該当するものに○、その他（　　）には具体的に記入してください** | | | | | | | | |
| 受診日 | | 直近の受診日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 病状・  治療状況等 | | 【今回の妊娠中の状況】  妊娠中の異常　：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  妊婦健診の受診：無・有（　　　　回：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  出産予定医療機関：当院・未定・他院（里帰り・その他；　　　　　　　　　　 　　　　　　　）  【現在治療中の病気等】  疾患・障がい（身体・知的・精神・発達）：　無・有  疾患名・状況等（　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  主治医（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  【既往歴】　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 妊婦の状況 | | 健康状態 | ・精神疾患（うつの既往を含む）・知的障がい・身体障がい・アルコール・薬物依存  ・中絶を繰り返している・多胎・胎児に疾患や障がい・不妊治療  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 妊婦健診受診状況等 | ・望まない妊娠　　　　　・初回健診が妊娠中期以降又は定期的に健診を受けていない  ・胎児の受け入れが悪い　・虐待歴　　　・被虐待歴  ・育児不安：EPDS　　　　点（　　　年　　　月　　　日時点）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| パートナー | | 婚姻：有・無・予定・その他（　　　　　　　　　　）  氏名：　　　　　　　　　　　　（　　　　　）歳  職業： | | | | | 家族構成（同居及び別居） | |
| 育児の  身近な支援者 | | 無　・　有　（続柄：　　　　　　　　　　　　）  氏名：  連絡先： | | | | |
| 養育環境・  家族関係等 | | ・若年（10代）・高齢初産・多子・シングルマザー・DV・育児知識等に偏り、こだわり  ・家庭環境の問題（経済的不安・生活保護・育児相談者がいない・養育する自信がない）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 必要と考える  サービス | | ・妊娠期の支援（家庭訪問）　・産後早期の支援（産後ケアサービス・早期訪問）　・里親等  ・ケース会議　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 情報提供について承諾の有無 | | | | 承諾あり　　　・　　　承諾なし | | | | |

＊備考　　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

２．本様式は、患者が妊婦である場合について用いること。