

妊産婦支援連絡票

様式 1

(産科医療機関 → 市町村)

記載年月日 年 月 日

市町村母子保健主管課 御中

今後の支援をお願いいたしたく連絡します。

1. 妊産婦の基本情報 (市町村から問合せの際に使用します。FAXで連絡する場合は、氏名・住所等の個人情報は記載せず送付ください。)

妊産婦氏名: _____ 患者ID: _____

生年月日: _____ 年 月 日 出産(予定)日: _____ 年 月 日

住所: _____ (連絡先: _____ : 自宅・実家・妊産婦本人)

里帰り先住所: _____ 様方 (連絡先: _____ : 自宅・実家・妊産婦本人)

■以下の時点の情報について連絡します。

[妊娠中 ・ 退院時 ・ 2週間健診時 ・ 1か月健診時 ・ その他 ()]

2. チェック項目 (疑いを含む)

区分	妊産婦の状況 (該当項目にチェック)		
精神疾患等	<input type="checkbox"/> 精神疾患等既往	<input type="checkbox"/> 知的に支援が必要	
	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> アルコール・薬物依存等既往	
社会・経済	<input type="checkbox"/> 若年妊娠	<input type="checkbox"/> 一人親・未婚等	
	<input type="checkbox"/> 経済的不安定	<input type="checkbox"/> 多子	<input type="checkbox"/> 外国籍
虐待	<input type="checkbox"/> 虐待歴・被虐待歴 <input type="checkbox"/> 子どもが可愛くない等言動あり		
環境	<input type="checkbox"/> 家族や身近な支援者がいない	<input type="checkbox"/> 実家又は義父母との関係が悪い	<input type="checkbox"/> 暴力(DV)を受けている
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 初診が妊娠16週以降	<input type="checkbox"/> 妊娠届出未・母子手帳未	<input type="checkbox"/> 健診が途絶える
	<input type="checkbox"/> 望んでいない妊娠	<input type="checkbox"/> 胎児の性・外観に固執	<input type="checkbox"/> 妊娠・中絶を繰り返す
	<input type="checkbox"/> 分娩時が初診	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠	<input type="checkbox"/> 高齢初産婦
	<input type="checkbox"/> 不妊治療後の妊娠	<input type="checkbox"/> 母体搬送	<input type="checkbox"/> 緊急帝王切開、母子分離
その他	<input type="checkbox"/> 関係機関からの連絡拒否 <input type="checkbox"/> EPDSが産後うつ病質問票(EPDS)9点以上又は10項目が1点以上		
	<input type="checkbox"/>		

3. 上記2でチェックがついた項目の具体的内容、その他、連絡事項

EPDS () 点 次回受診予定日 (月 日)

4. 児の状況 (産婦の場合)

児氏名 (男・女) 第 () 子 在胎週数 (週 日) 出生体重 (g)

5. 本人の同意 市町村へ連絡することについて、本人が [同意している ・ 同意していない]

6. 報告者 医療機関名 _____ (連絡先: _____)

職名・氏名 _____