

療養状況等情報提供書 (医療機関記入)

令和 年 年 日

(情報提供先)

殿

(医療機関の所在地及び名称)

〔所在地〕

〔名 称〕

電話番号

施設長

(印)

担当医

以下の妊産婦より、寄り添い型支援の希望がありましたので情報提供いたします。

妊産婦氏名	フリガナ	昭和・平成 年 月 日 () 歳
住民票のある住所		電話番号
支援希望する住所	(自宅・実家・その他 様方)	支援希望する電話番号
入退院日	入院日：令和 年 月 日	退院(予定)日：令和 年 月 日
病状、既往歴治療状況等		

1 妊婦の場合には記入してください。

妊娠中の経過	※母子健康手帳の該当箇所(写し)の添付で記載省略可 直近の診察月日(月 日) 妊娠週数： 週 日 特記事項：
--------	--

2 産婦の場合には記入してください。

乳児氏名	フリガナ	男・女	令和 年 月 日生
出産の状況	※母子健康手帳の該当箇所(写し)の添付で記載省略可 出産場所 当院・他院() 在胎週数(週 日) ()子中()子 単胎・多胎 身長(cm) 体重(g) 出産時の特記事項 妊娠中の異常： 無・有() 妊婦健診の受診： 無・有(回) 分娩方法： 経膈分娩・帝王切開 母子分離： 無・有 退院時の状況 体重：(g) 栄養法：母乳・混合・人工乳 その他：()		

3 妊婦、産婦いずれの場合も記入してください。

支援が必要な状況	妊産婦の状況	<input type="checkbox"/> 高齢や若年 <input type="checkbox"/> 家族構成・生育歴・親族との関係性 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染における療養や妊娠経過・分娩状況・心身の不調等 <input type="checkbox"/> うつの傾向や性格的傾向 <input type="checkbox"/> 児への思いや態度・養育能力や問題対処能力 <input type="checkbox"/> 相談できる人がいない
	乳児の状況 (※産婦のみ)	<input type="checkbox"/> 出生状況(未熟児または低出生体重児など) <input type="checkbox"/> 健康状態(発育・発達状態の遅れ) <input type="checkbox"/> 養育者との関係性(分離歴・接触度など)
	生活環境	<input type="checkbox"/> 夫婦関係 <input type="checkbox"/> 経済状況・経済基盤・労働状況 <input type="checkbox"/> 居住環境 <input type="checkbox"/> 地域社会との関係性
医師等の意見		

※ 必要により産後スクリーニングを実施した場合には、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)等の資料を添付してください。