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