

継続支援依頼書(産婦・新生児)

(宛先)

川崎市 _____ 区役所地域みまもり支援センター所長

_____ 病院長

今後の支援が必要と思われますので、連絡します。

産婦	氏名	夫氏名
	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)
	職業	職業
	患者 ID:	
住所	川崎市 _____ 区	電話 (_____)
母子健康手帳 なし・あり	(発行自治体:川崎市・その他(_____) 母子健康手帳番号(_____)	妊婦健診受診 なし あり(_____ 回)

児の 状況	児氏名	年 月 日生	在胎(_____ 週)
	出生体重(_____ g)	身長(_____ cm)	単胎・多胎
	出生場所 当院・他院(_____)		
	出生時の特記事項:なし・あり(_____)		
	妊娠中の異常の有無:なし・あり(_____)		

連絡が必要と判断した状況

【養育者の状況ではまる事項】

- 望まない出産 若年出産 高齢出産 多胎 16週以降の妊娠届出
- 妊婦健診の未受診や間引き 成育歴(被虐待等) 育児サポートがない
- 障害(身体・精神・知的) 疾病(身体・精神)(病名: _____)
- 性格傾向(感情の起伏が激しい・攻撃的・未成熟・被害的・その他)
- 多子 夫婦関係(DV・不和・内縁等) 経済状況(無職・借金・計画性欠如)
- 養育能力(欠如・育児不安・知識不足・手技下手) 児に関心がない
- その他(_____)

ジェノグラム

【児の状況ではまる事項】

- 疾病(病名: _____) 障害(状況: _____)
- 養育しにくい(低出生体重・飲みが悪い等) その他(_____)

担当者(地域みまもり支援センターから本件について問合せをさせていただく場合の窓口となっていただけの方)

記載日	年 月 日	担当:	担当:
連絡先	(_____)	(職種: _____)	(職種: _____)

*この連絡票送付についての同意【 あり (産婦 ・ 夫 ・ その他(_____) ・ なし)