

# 記入例

医療機関・助産所 ⇒ 保健福祉センター

## 産婦健康診査情報提供書

年 月 日

〇〇区保健福祉センター 御中

医療機関・助産所名 京都市役所病院

担当部署名 産婦人科

医師名※ 京都 一朗 (担当者: 烏丸)

(※助産所の場合は助産師名)

電話番号 ×××-〇〇〇-×××

下記の方について、継続支援が必要と判断しましたので、情報提供いたします。

子どもの氏名 ふりがな	御池 太郎 (男)	令和6年1月1日生 生後30日
母の氏名 ふりがな	御池 花子	平成6年1月1日生 30歳
住所	京都市中京区〇〇町××	
連絡先	(自宅) (携帯)〇〇〇-×××-〇〇〇〇	
里帰り先住所	里帰りの有無( 有 · 無 ) ※有の場合は里帰り先住所・電話番号を記載 様方 電話番号 ( ) - -	

情報提供理由 (該当するものすべてに☑、 その他には具体的に記入)	<input type="checkbox"/> 今回の出産で流産・死産を経験した産婦
	<input checked="" type="checkbox"/> チェックシート(EPDS)の結果、合計点数が9点以上
	<input type="checkbox"/> チェックシート(EPDS)の質問項目10が1点以上の場合 (医師等が支援が必要と判断した場合のみ)
産婦健康診査の結果	<input checked="" type="checkbox"/> 産婦健康診査受診時の状況から、継続支援が必要と判断
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(身体及び精神症状等) ※気になる症状や言動等があった場合は記載して下さい。 産前から〇〇の症状があり、内服治療中。 産後も「△△△」との発言がみられ、授乳やおむつ交換、沐浴に対しても不安感の訴えがある。
	受診日受診回数 令和6年1月30日 産後( 30 )日目
保健福祉センターへの 引き継ぎ事項 (継続支援を要する状況)	受診回数 (どちらかに○) 1回目 · 2回目
	チェックシート (EPDS) ※産婦健康診査受診券裏面のコピーを添付してください
	<input checked="" type="checkbox"/> サポート不足 (支援者の不在、遠方や多忙等により十分な支援が受けられない等) <input checked="" type="checkbox"/> 養育困難・ネグレクトのおそれ (望まない妊娠、母子分離、母親の身体及び精神症状等) <input type="checkbox"/> ボンディングの形成不全 (子どもへの怒りや否定的感情等) <input checked="" type="checkbox"/> 子どもの要因 (子どもの先天性疾患、NICU入院中または退院後等) <input type="checkbox"/> その他(妊娠中や出産後の喪失体験等)
産婦健康診査情報提供 結果報告書の送付希望	詳細を記載 してください。 子に〇〇の疾患の疑いあり、小児科にて精密検査中。 また、母自身、精神的な不安感強く、情報提供理由欄のような発言があることから、見守りが必要。さらに、父の実家は東北地方で遠方で支援が難しく、母の実家は車で1時間程度だが疎遠であるため頼りにくい。

※保健福祉センターへの情報提供について、本人・家族(夫・\_\_\_\_\_)の了解(有・無)