

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

令和6年 10月 1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 一郎 (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。

ふりがな 子どもの氏名	(男) 女	令和6年9月24日 流産
ふりがな 母の氏名	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)	☒ 今回の出産で流産・死産を経験した産婦	
	☐ チェックシート(EPDS)の結果、合計点数が9点以上	
	☐ チェックシート(EPDS)の質問項目10が1点以上 (医師等が支援が必要と判断した場合のみ)	
	☐ 産婦健康診査受診時の状況から、継続支援が必要	
	☐ 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。	
産婦健康診査の結果	受診日受診回数	
	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
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)	☐ 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)	
	☐ 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)	
	☐ 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)	
	☐ 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)	
	☐ その他(妊娠中や出産後の喪失体験等)	
詳細を記載 してください。		
産婦健康診査情報提供 結果報告書の送付希望	有 ・ 無 (「有」の場合、保健福祉センターから後日結果報告書を送付します)	

※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)