

(第3号様式)

産婦健康診査情報提供書

年 月 日

保健福祉センター 御中

医療機関・助産所名

担当部署名

医師名※ (担当者:)

(※助産所の場合は助産師名)

電話番号

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)	年 月 日生 生後()日
ふりがな 母の氏名		年 月 日生 ()歳
住所	京都市 区	
連絡先	(自宅) (携帯)	
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"/> 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)	
	<input 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 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。	
産婦健康診査の結果	受診日受診回数	年 月 日 産後()日目
	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)		
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、保護者(父・母)の了解(有・無)