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)	☐ 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)
	☐ 産婦健康診査受診時の状況から、継続支援が必要と判断
	☐ 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)	☐ 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 して下さい。
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)