**支援を要する産婦にかかる情報提供書**

（様式第４号）

医療機関・助産所　⇒　保健センター

令和　　年　　月　　日

　　　　保健センター長　様

医療機関・助産所名

 記入者名

（医師・助産師・看護師・他（　　　　））

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、今後の支援をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名（母親） |  | 生年月日　 |
| ふりがな氏　名（子ども） | 　　 | 男 ・ 女 | 生年月日 |
| 住民登録地 | 広島市　　　　　区　　 |
| 連絡先 | 自宅：（　　　－　　－　　　　　）　携帯：母（　　　－　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 父（　　　－　　　－　　　　　） |
| 居　住　地 | □住民登録地と同じ□里帰り等で住民登録地と異なる⇒住所：　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　　　　　様方　　電話番号（　　　）－　　　　－　　　　　　　　滞在期間：　　　　　月　　　日頃まで　　　　　　　　 |
| 妊娠・出産の状況 | ・妊娠中の経過　　□正常　□妊娠高血圧症候群　□その他・分娩の経過　　　□正常　□帝王切開　□その他・在胎週数（　　　）週　　・児の出生体重（　　　　　　）ｇ　　・その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 産婦健康診査結果※健診を受けていない場合は記入の必要なし | 【2週間】受診日：令和　　年　　月　　日　　 | 【1か月】受診日：令和　　年　　月　　日　　 |
| ・母体の状態　　□順調　　□要指導（　　　　　　　　）・授乳状況　　　□順調　　□要指導（　　　　　　　　）・エジンバラ産後うつ質問票　　□　合計点（　　　　）点　□　質問項目１０が１点以上 | ・母体の状態　　□順調　　□要指導（　　　　　　　　）・授乳状況　　　□順調　　□要指導（　　　　　　　　）・エジンバラ産後うつ質問票　　□　合計点（　　　　）点　□　質問項目１０が１点以上 |
|  | ※　広島市産婦健康診査問診票の写しを添付してください |
| 保健センターへの引き継ぎ事項（支援を必要とする状況） |  |
| □　本情報提供書を送ることについては、本人の同意を得ています。□　本情報提供書は、同意を得ていませんが、情報提供（児福法第21条の10の5）として連絡します。 |
| 結果報告書の送付希望　　　　　有　　・　　無　　　 |

★　記入上の注意事項

　・　産後の医療機関退院時等、産婦健康診査を受診する前、または未受診者の情報提供の場合は、産後健康診査の結果については、記入の必要はありません。

　・　産婦健康診査は、産後２週間と１か月の２回ありますが、情報提供の時期については、今後継続支援が必要と判断した時点でお願いします。

　・　産婦の状態によって、支援を急ぐ場合は、情報提供書を送付する前に、産婦のお住まいの区へ電話等によりご連絡ください。

　・　保健センターから、支援の結果報告が必要な場合は、表面の一番下の結果報告書の送付希望欄の「有」に○をしてください。