**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。