**支援を要する乳児にかかる情報提供書**

医療機関・助産所　⇒　保健センター

様式第２６号

　　　　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（子ども） |  | | 男 ・ 女 | 生年月日 | |
| ふりがな  氏　名（保護者） |  | | | 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 | | | | |
| 出生時の状態 | ・在胎週数　（　　　　）週　　　・出生時体重　（　　　　　　　）ｇ | | | | |
| 乳児健康診査  結果  ※健診を受けていない場合は記入の必要なし | **※①～⑦については、「1か月児健康診査診査票」の写しを添付する場合のみ記載省略可** | | | | |
| ① 受診日：　 　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| ② 身長 | ③ 体重 | | | ④ 頭囲 |
| cm | g（増加量　　　g/日） | | | cm |
| ⑤ 育児環境等  ・保護者の心身状態（ 母・父・　　　）  □良　　　□要支援（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・その他  ⑥ 心配事  □無　　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ⑦ 栄養状態  　□良　　　□要指導（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|  | ※　1か月児健康診査問診票等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、保護者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

　・　乳児の状態によって、支援を急ぐ場合は、情報提供書を送付する前に、乳児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。