情報提供先市町村

年 月 日

市町村長 殿 紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号 医師名 印

患者の氏名			田 1.		年	月	日生	\ _ E		
思有の以名			男·女	職業	(()歳)	
				1947	(
傷病名										
	(疑いを含む)	みいを含む) その他の傷病名								
病状										
既往症										
治療状況等										
児の氏名		男·女		年	月	日生まれ	l			
住所		電話番	무		(自宅•実家	• その4	h)		
退院先の		电阳街	7			日七 天外	~ C V) [[<u> </u>		
住所		様方 電話番	号		(自宅•実家	その他	<u>h</u>)		
入退院日	入院日: 年	月日	退院(予	·定)日						
	出産場所 : 当院・他	院				家族構成				
	(()					
今回の	在 胎:()週 単胎・多月)子中()子					
出産時の 状況) 身長 : (cm)		`					
1/1/10	出産時の特記事項 :	***)					
	妊娠中の異常の有無		ਜ .)	女田 . あ土	₩ 北 布	п: /- /	\	
*!!\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	妊婦健診の受診有無 項目は、該当するものに		-	ナノゼキ		育児への支	.拨有: #	拱• 有()	
		・発育不良・発達のお			• •)	
児の状況	. ,,	•健診、予防接種未受			仙()	
		・面会が極端に少ない			10 ()	
養育環境		•疾患(,		章害()	
	こどもとの分離歴・	・出産後の長期入院	•施設入月	听等 ・そ	の他()	
情報提供の										
目的とその理由										
工川										

*備考

- 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。