

(別紙様式12の2)

年 月 日

情報提供先市町村

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

| | | | |
|------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 患児の氏名 | 男・女 年 月 日生 | | |
| 傷病名 | (疑いを含む) その他の傷病名 | | |
| 病状 既往症 治療状況等 | | | |
| 父母の氏名 | 父: ()歳 職業() | 母: ()歳 職業() | |
| 住所 | 電話番号 (自宅・実家・その他) | | |
| 退院先の住所 | 様方 | 電話番号 | (自宅・実家・その他) |
| 入退院日 | 入院日 : 年 月 日 | 退院(予定)日 : | 年 月 日 |
| 出生時の状況 | 出生場所 : 当院・他院 () 在胎 : ()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重 : ()g 身長 : ()cm 出生時の特記事項 : 無・有 () 妊娠中の異常の有無 : 無・有 () 妊婦健診の受診有無 : 無・有 (回:) | | 家族構成 育児への支援者:無・有() |
| ※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください | | | |
| 児の状況 | 発育・発達 | ・発育不良・発達のおくれ・その他() | |
| | 情緒 | ・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴 | |
| | | ・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする | |
| | | ・その他() | |
| | 日常的世話の状況 | ・健診、予防接種未受診・不潔・その他() | |
| 養育者の状況 | 健康状態等 | ・疾患()・障害() | |
| | | ・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他() | |
| | こどもへの思い・態度 | ・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他() | |
| 養育環境 | 家族関係 | ・面会が極端に少ない・その他() | |
| | 同胞の状況 | ・同胞に疾患()・同胞に障害() | |
| | 養育者との分離歴 | ・出産後の長期入院・施設入所等・その他() | |
| 情報提供の目的とその理由 | | | |

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。