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 印 医師名

D	,							
患児の氏名				男·女	年	月	日生	
傷病名	(疑いを含む)			その他の傷病な	名			
病状 既往症 治療状況等								
父母の氏名	父: 職業(	(	)歳 )	母:		職業(	(	)歳 )
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 <sup>,</sup>	他)
入退院日	入院日: 年	 · 月	日	退院(予定)日	:	年	月	IIII
出生時の 状況	出生場所 : 当院・他 在 胎 :( 体重 : ( 出生時の特記事項 : 妊娠中の異常の有無 妊婦健診の受診有無	( )週 単版 g) 身長 : 無 · 有 ( : 無 · 有	(	台 ( )子中( cm) J:	)	家族構成		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 発育・発達 ・発育不良・発達のおくれ・その他( )								
児の状況	情緒	におびえる ・大人の顔色をうかがう ・多動 ・乱暴 いやがる・多動 ・誰とでもべたべたする						
	日常的世話の状況 ・健診、予防接種未受			診・不潔・その	り他(			)
養育者の 状況	健康状態等		章害( 産発さ	つ笙)・2	その針(	)		
	・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				<u>  [6] (</u>		
	同胞の状況	・同胞に疾患			司胞に陥	音宝(		
	養育者との分離歴			<u> </u>				
情報提供の目的とその理由	Z 17 H C - MINATE		174	771 1	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			,

## \*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。