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 印 医師名

						年	Ē.	月	日生		
患者の氏名				男·女		t Mar /		()歳	
	職業()										
傷病名											
	(疑いを含む) その他の傷病名										
 病状	(水で で 白 む / 「C V / IE V / 房 / 内 七										
既往症											
治療状況等											
児の氏名			男•女		年	月	F	日生まれ	,		
住所											
1年7月	電話番号 (自宅・実家・その他)										
退院先の											
住所		様	方 電話	番号				芒•実家	•その他	เ้)	
入退院日	入院日: 年	月	日	退院(予定) 目	:	年	月	月		
	出産場所 : 当院・他	院					家	族構成			
		(,)				
今回の	在 胎:()週	単胎・)子中	()子	-				
出産時の 状況		g)身長		cm)		,					
1\(\frac{1}{1}\)	出産時の特記事項:)					
	妊娠中の異常の有無			→)					`
WNT &	妊婦健診の受診有無				11-2	<u>)</u>	育」	見への支	.援者:#	*•有()
※以下の」	頁目は、該当するものに ※本 ※法										\
児の状況 養育環境	発育・発達		良・発達の)
	日常的世話の状況 家族関係		予防接種未 極端に少な			(7)他()
		• 疾患(1型炉(ニンパ	LV 1 (U)	<u>ነ ነ</u>	•障害()
	, , , , , , , ,		の長期入院	施設フ	<u> </u>		1 ()
	ここ ひこックカ 南西田	四座区	V X 7917 (P		()/ (C 47 L	2 (,
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。
- 3. 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。