情報提供先市町村

平成 年 月 日

印

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

| 患児の氏名 | | | | 男·女 | 平成 | 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 | 文: 職業(| (|) 歳) | 母: | | 職 | 業(| (|)歳) |
| 住所 | | | 電話番 | 号 | | (自5 | 芒•実家 | ・その他) |) |
| 退院先の 住所 | | 様方 | 電話番 | 号 | | (自写 | 字•宝家 | ・その他) |) |
| 入退院日 | 入院日 : 平成 ** | 年 月 | <u> </u> | T T | 定)日: | | | 月 | 月 |
| 出生時の 状況 | 出生場所 : 当院·他 在 胎 :(| 1院 ()週 単月 g) 身長 : 無 • 有 (| 台 ・ 多朋 ((| 台 ()· cm) | | | 族構成 | 74 | |
| | 妊婦健診の受診有無 : 無 ・ 有 (回:) 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• | | | | | | |) |
| | 情緒 | 端におびえる ・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 () 家族関係 ・ 面会が極端に少ない ・ その他 () | | | | | | | | |
| 養育環境 | 家族関係 同胞の状況 | ・同島に疾患 | | • そり他 | | に障害 | (| |) |
| | 養育者との分離歴 | ・出産後の長 | | • 施設 入所 | | | (| |) |
| 情報提供の 目的とその 理由 | 2013 H C 2 291 pm. | | 7777 1774 | | | \ | | | , |

*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18歳以下である場合について用いること。