年 月 日

印

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

患児の氏名				男•女	年	月	日生	
傷病名	(疑いを含む)			その他の傷痕	有名			
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・その個	他)
退院先の 住所		様方	電話番	:号	((自宅・実	家・その個	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 家族構成 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:) 育児への支援者:無・有()							
※以下の項目は、該当するものに〇、その他には具体的に記入してください								
70(5)	発育•発達			らくれ・その他)
児の状況	情緒	表情が乏し身体接触をその他(い ・極端 ☆極端にV	端におびえる ・ \やがる・多動	大人の顔・誰とでも			動·乱暴)
	日常的世話の状況		き診、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		`・その他(₩ # ₽) → #3	/)
	同胞の状況	・同胞に疾患) 	・同胞に随ってのかり	章告(
情報提供の目的とその理由	養育者との分離歴	• □ 座 仮 少 文	:州八阮	•施設入所等	<u>・その他 (</u>			

*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。