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

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 [,]	他)
入退院日	入院日: 年	月	B	退院(予定)日	:	年	 月	
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:)							
※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(・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・ ・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() 動·乱暴)
	日常的世話の状況	:診 ・不潔 ・その)		
養育者の 状況	健康状態等 ・疾患()・障害()・ 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 同胞の状況 養育者との分離歴	・面会が極端に少ない ・その他(・同胞に疾患()・同胞に障害()
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。