（医療機関→市町村）

〔様式１－１〕

　　年　　月　　日

　（　　　　　　） 市町村

母子保健主管課長 様　　　　　　　　　　 医療機関名

主治医名

担当者名(職種)　 　 （　　　　）

電話番号

群馬県妊産婦支援連絡票〔妊娠中〕

**■この連絡に関し、本人の同意を　□得ています □得ていません(理由：　 　　　　　　)**）

**■市町村からの報告書は、□必要（※電話連絡の場合：担当者名　　 　　）　□不要**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな妊婦氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　年　 月　 日生　(　　　)歳 | 職　業 | 有(　　　　)無 |
| ふりがな夫の氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　年　 月　 日生(　　　)歳 | 職　業 | 有(　　　　)無 |
| 現住所等(実際の居住地) | 　　　　　　　　　　　電話（自宅・実家・LINE電話のみ）：　　　　　　　　　　　携帯電話(本人・夫・その他)： |
| 分 娩 歴 | 初産・経産(第　　子) | 既 往 歴  |  |
| 今 回 の妊 娠 の経　　過 | 健診機関：当院　・　他院（　　　　　　　　　　　　　　　　　）初回受診日及び週数： 　　年　　月　　日　（妊娠　　　週）妊婦健診の受診の有無：無　・　有（　　　　回：　　　　　　　　　　　　　）妊娠中の異常の有無：無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）その他特記事項： |
| 出産予定日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 里帰り等 | 里帰り出産の予定：有・無　（里帰り先の住所・連絡先：　　　 　　　　　　　　　　　 ） |
| 情報提供の目的及び依頼事項※当てはまるところにチェック | １．妊婦の状態□　妊婦健診の未受診・受診回数が極端に少ない□　精神疾患（既往含）により不安定　　　□　心身の体調不良（元気がない等含む）□　妊婦自身の生活能力が低い　　　　　　□　予期しない妊娠である２．育児行動　□　育児に対する不安が強い　□　育児能力・知識・態度に心配な点がある　□　上の子に虐待歴がある□　子どもをかわいいと思えない等、子どもに対する言動に心配な点がある　　　　　　　　３．養育環境の問題□　経済的な問題がある　　□夫婦不和　　□　夫や身内の支援が受けられない |
| 市町村への依頼事項 |
| 医療機関における指導事項 |  |

（次回の受診予定：　　年　　月　　日）

（医療機関→市町村）

〔様式１－２〕

　　年　　月　　日

　（　　　　　　）市町村

　　母子保健主管課長　様 医療機関名

主治医名

担当者名(職種)　 　 　（　　　　）

電話番号

群馬県妊産婦支援連絡票〔出産後〕

**■この連絡に関し、本人の同意を　□得ています □得ていません(理由：　 　　　　　　)**）

**■市町村からの報告書は　□必要（※電話連絡の場合：担当者名　　 　　）□不要**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな産婦の氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　　　年　 月　 日生(　　　)歳 | 職　業 | 有(　　　　)無 |
| ふりがな夫の氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　　　年　 月　 日生(　　　)歳 | 職　業 | 有(　　　　)無 |
| 住 所 (実際の居住地)  | 　　　　　　　　　　　　　　電話（自宅・実家・LINE電話のみ）：　　　　　　　　　　　　　　携帯電話(本人・夫・その他)： |
| 退院先の住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（自宅・実家・その他）： |
| 傷 病 名 | （疑いを含む）　　　　　　　　　　その他の傷病名 |
| 症状・既往症治療状況等 |  |
| ふりがな児の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　 　　男・女　　 　　 年　　月　　日生 |
| 入退院日 | 入 院 日 　　　年 月 日　　　　　退院(予定)日　　　 年 月 日 |
| 今 回 の出産時の状　 況 | 初産・経産　（　）子中（　）子出産場所：当院・他院（　　　　　　）その他（　　　　　　　　）在胎週数：（　　）週　単胎・多胎体重：（　　　　）ｇ　身長：（　　　）cm出産時の特記事項：無・有妊娠中の異常の有無：無・有（　　　　　　　　　　）妊婦健診の受診の有無： 無・有（　　回　　　　　　　　） | 家族構成（同居する人）育児の協力者：無・有（　　　　　　　　　　） |
| 児の状況 | 【月齢：　　か月　　日】　体重：（　　　　）ｇ栄養：母乳（　回・　時間おき）・ミルク（　　ml×　回）疾病等： | 受診予定　 年　月　日2週間健診・１か月健診その他（　　　　　　　） |
| 情報提供の目的及び依頼事項※当てはまるところにチェック | **１．褥婦の状態**□　妊婦健診の未受診・受診回数が極端に少ない　□　EPDS　　点□　精神疾患（既往含）により不安定　　　□　心身の体調不良（元気がない等含む）□　褥婦自身の生活能力（理解力）が低い　□　予期しない妊娠である**２．育児行動**□　育児に対する不安が強い　　　　　　　□　育児能力・知識・態度に心配な点がある□　子どもをかわいいと思えない等、子どもに対する言動に心配な点がある□　子どもを抱かない等子どもの世話を拒否する　　□上の子に虐待歴がある**３．養育環境の問題**□　経済的な問題がある　　　□夫婦不和　　□　夫や身内の支援が受けられない□　面会が極端に少ない　□他児の状況（疾患：　　　　　　　　　障害：　　　　　　　　）□　子どもとの分離歴（　出産後の長期入院　・　施設入所等　・　その他　　　　　　　　）**４．児の状況**□発育不良　□発達の遅れ　□健診、予防接種未受診　□不潔 |
| **市町村への依頼事項（自由記載）**◇支援を依頼する主な目的、理由等◇詳細 |
| 医療機関における指導事項 |  |

（市町村→医療機関）

〔様式２－１〕

　　年　　月　　日

〔様式２－１〕

（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　御中

市町村名

担当課等

担当保健師名

電話番号

群馬県妊産婦支援連絡票〔妊娠中〕

**■この連絡に関し、本人の同意を　□得ています □得ていません(理由：　 　　　　　　)**）

**■医療機関からの報告書は、□必要（※電話連絡の場合：担当者名　　 　　）□不要**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日（年齢） | 　　年　　月　　日(　　　)歳 | 職　業 | 有(　　　　)無 |
| ふりがな夫の氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　年　　月　　日(　　　)歳 | 職　業 | 有(　　　　)無 |
| 住 所 等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(本人・夫・その他)： |
| 妊 婦 の状 況 等 | 対応年月日：　　　年　　　月　　　日（妊娠　　　週）状況等： |
| 情報提供の目　 的※当てはまるところにチェック | １．妊婦の問題□　若年妊娠である　　　　　　　　　　　　　　□　育児に対する不安が強い□　精神疾患により病状が不安定である　　　　　□　妊婦自身の理解力があまりない□　アルコール依存・薬物依存等の症状が認められる□　予期しない妊娠である　　　　　　　□　ＤＶ被害者である２．養育環境の問題□　経済的な問題がある　　　　　　　　　　　　□　夫や身内の支援が受けられない３．その他□　妊婦や家族との連絡が取れない□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関への依頼事項 |  |

（市町村→医療機関）

〔様式２－２〕

　　年　　月　　日

（医療機関名）

　　　　　　　　　　　　　御中

市町村名

担当課等

担当保健師名

電話番号

群馬県妊産婦支援連絡票〔出産後〕

**■この連絡に関し、本人の同意を　□得ています □得ていません(理由：　 　　　　　　)**）

**■医療機関からの報告書は、□必要（※電話連絡の場合：担当者名　　 　　）　□不要**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日（年齢） | 　　年　　月　　日(　　　)歳 | 職　業 | 有(　　　　)無 |
| ふりがな夫の氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　年　　月　　日(　　　)歳 | 職　業 | 有(　　　　)無 |
| ふりがな児の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　男・女　　 　　 年　　月　　日生 |
| 住 所 等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(本人・夫・その他)： |
| 褥婦の状況 | 対応年月日：　　　年　　　月　　　日状況等： |
| 児の状況 | 【月齢：　　か月　　日】体　　重：（　　　　）ｇ　　／　　１日増加量：(　　　　)ｇ栄　　養：母　乳(　　　)回／(　　　)時間おき・ミルク(　　　)ml×(　　　)回特記事項： |
| 情報提供の目　 的※当てはまるところにチェック | １．褥婦の問題□　育児に対する不安が強い　　　　　　　　　　□　褥婦自身の生活能力が低い□　精神疾患により病状が不安定である　　　　　□　ＤＶ被害者である□　アルコール依存・薬物依存等の症状が認められる□　子どもをかわいいと思えない等の言動がある　　□　子どもを抱かない等子どもの世話を拒否する２．養育環境の問題□　経済的な問題がある　　　　　　　　　　　　□　夫や身内の支援が受けられない３．その他□　児の発育等について心配な点がある□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関への依頼事項 |  |

（市町村→医療機関）

〔様式３－１〕

　　年　　月　　日

（主治医）

　　　　　　　　　　　　　　様

市町村名

担当課等

担当保健師名

電話番号

群馬県妊産婦支援報告書〔妊娠中〕

貴院よりご連絡いただいた方について、以下のとおり報告します。

**■この報告に関し、本人の同意を　□得ています □得ていません(理由：　 　　　　　　)**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな妊婦氏名 |  | 生年月日（年齢） | 年　　月　　日生(　　　)歳 |
| 住 所 等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(本人・夫・その他)： |
| 対応年月日 | 　　年　　月　　日／家庭訪問・来所面接・その他（　　　　　　　　　　　) |
| （連絡票による依頼事項） |
| 対応時の状　　況 | 妊　婦の状　　況 |  |
| 養育環境等 | (経済状況・家族状況等) |
| 市町村の支援内容 |  |
| 今後の方　針 | ・継続支援（方法：家庭訪問・電話連絡・乳幼児健診での確認・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　)）・終了 |

（市町村→医療機関）

〔様式３－２〕

　　年　　月　　日

（主治医）

　　　　　　　　　　　　　　様

市町村名

担当課等

担当保健師名

電話番号

群馬県妊産婦支援報告書〔出産後〕

貴院よりご連絡いただいた方について、以下のとおり報告します。

**■この連絡に関し、本人の同意を　□得ています □得ていません(理由：　 　　　　　　)**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな産婦氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　　　　　年　　月　　日生(　　　)歳 |
| ふりがな児の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　男・女　　　　　　　　年　　月　　日生 |
| 住 所 等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(本人・夫・その他)： |
| 対応年月日 | 　　年　　月　　日／家庭訪問・来所面接・その他(　　　　　　　　　) |
| （連絡票による依頼事項） |
| 対応時の状　　況 | 褥 婦 の状　　況 |  |
| 児の状況 | 【月齢：　　　か月　　日】体重：(　　　　　　)ｇ　　１日増加量：(　　　　)ｇ栄養：母　乳(　　　　)回／(　　　　)時間おき　　　ミルク(　　　　)ml×(　　　　)回特記事項： |
| 養育環境等 | (経済状況・家族状況等) |
| 市町村の支援内容 |  |
| 今後の方　針 | ・継続支援（方法：家庭訪問・電話連絡・乳幼児健診での確認・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　)）・終了 |

（医療機関→市町村）

〔様式４－１〕

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　市町村　御中

医療機関名

担当者名(職種)　　 　 　 ( )

電話番号

群馬県妊産婦支援報告書〔妊娠中〕

貴市町村よりご連絡いただいた方について、以下のとおり報告します。

**■この連絡に関し、本人の同意を　□得ています □得ていません(理由：　 　　　　　　)**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな妊婦氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　　　　　　年　　月　　日生(　　　)歳 |
| 住 所 等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(本人・夫・その他)： |
| 対応年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| （連絡票による依頼事項） |
| 対応時の状　　況 | 妊 婦 の状　　況 |  |
| 医療機関支援内容 |  |
| 今後の方　針 | ・継続支援（方法：外来にてフォロー・その他　　　　　　　　　　　　）・終了 |

（医療機関→市町村）

〔様式４－２〕

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　市町村　御中

医療機関名

担当者名(職種)　　 　　　(　　　　)

電話番号

群馬県妊産婦支援報告書〔出産後〕

貴市町村よりご連絡いただいた方について、以下のとおり報告します。

**■この連絡に関し、本人の同意を　□得ています □得ていません(理由：　 　　　　　　)**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな褥婦氏名 |  | 生年月日（年齢） | 　　　　　　　　年　　月　　日生(　　　)歳 |
| ふりがな児の氏名 | 　　　　　　　　　　　　　男・女　　　　　　　　　　年　　月　　日生 |
| 住 所 等 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話(本人・夫・その他)： |
| 対応年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| （連絡票による依頼事項） |
| 対応時の状　　況 | 褥 婦 の状　　況 |  |
| 児の状況 | 【月齢：　　　か月　　日】体重：(　　　　　　)ｇ　　１日増加量：(　　　　)ｇ栄養：母　乳(　　　　)回／(　　　　)時間おき　　　ミルク(　　　　)ml×(　　　　)回特記事項： |
| 養育環境等 | (経済状況・家族状況等) |
| 医療機関の支援内容 |  |
| 今後の方　針 | ・継続支援（方法：外来にてフォロー・その他　　　　　　　　　　　　） ・終了 |