

診療情報提供票 (HTLV-1フォローアップシート)

記入日:平成 年 月 日 連絡先: ()

医療機関名称: 記入者氏名:

妊産婦氏名		出産予定日	平成 年 月 日
妊娠中の情報	医療機関での指導事項	<p>・HTLV-1抗体検査の精査について <input type="checkbox"/>陽性 <input type="checkbox"/>判定保留 <input type="checkbox"/>陰性 <input type="checkbox"/>未実施【理由: _____】</p> <p>(以下 精査の結果、陽性と判断された場合に記入)</p> <p>・HTLV-1の精査・精査結果の説明について <input type="checkbox"/>説明を実施した <input type="checkbox"/>説明を実施していない</p> <p>・説明を実施した場合 説明実施日:平成 年 月 日 説明実施者: 説明を受けた人:<input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>夫 <input type="checkbox"/>実母 <input type="checkbox"/>実父 <input type="checkbox"/>義母 <input type="checkbox"/>義父 <input type="checkbox"/>兄弟() <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>説明内容 <input type="checkbox"/>HTLV-1感染症について() <input type="checkbox"/>妊娠・出産・授乳について() <input type="checkbox"/>児や家族の感染予防について() <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>説明に対する理解:<input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>あまり理解していない <input type="checkbox"/>不明 本人の受け止め方:<input type="checkbox"/>肯定的 <input type="checkbox"/>否定的 <input type="checkbox"/>不明</p>	
	家族関係	<p>・妊産婦がキャリアだと知っている人はいるか <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>いない</p> <p>・知っている人がいる場合 <input type="checkbox"/>夫 <input type="checkbox"/>実母 <input type="checkbox"/>実父 <input type="checkbox"/>義母 <input type="checkbox"/>義父 <input type="checkbox"/>兄弟() <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>・知っている人がいない場合 <input type="checkbox"/>支援者はいるが、知らせていない <input type="checkbox"/>知らせる人がなく、孤立している</p>	
出産後の情報	栄養方法等	<p>・栄養方法の選択について <input type="checkbox"/>完全人工栄養 <input type="checkbox"/>短期母乳栄養 <input type="checkbox"/>凍結母乳栄養 <input type="checkbox"/>長期母乳栄養</p> <p>・選択した栄養方法の具体的な説明について <input type="checkbox"/>説明を実施した <input type="checkbox"/>説明を実施していない</p> <p>・授乳方法やHTLV-1について相談できる人はいるか <input type="checkbox"/>いる(相談者: _____) <input type="checkbox"/>いない</p>	
今後の対応	<p>・保健師フォローの必要性 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>・今後の保健師のかかわりについて、妊産婦は同意しているか <input type="checkbox"/>同意している <input type="checkbox"/>同意していない</p> <p>・担当保健師に希望する支援内容</p> <p>・支援内容 <input type="checkbox"/>栄養面 <input type="checkbox"/>精神面 <input type="checkbox"/>生活面 <input type="checkbox"/>医療面 <input type="checkbox"/>家族関係 <input type="checkbox"/>育児支援 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>具体的な支援 ()</p>		

※この用紙から収集した個人情報、母子保健事業以外の目的には使用しません。

※妊産婦のプライバシー保護のため、取扱いには十分注意し、市町村母子保健担当課保健師あてに提出してください。