

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

印

患者の氏名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 () 歳 職業 ()	
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		
児の氏名	男・女 平成 年 月 日生まれ	
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:平成 年 月 日	退院(予定)日:平成 年 月 日
今回の 出産時の 状況	出産場所 : 当院・他院 () 在胎: () 週 単胎・多胎 () 子中 () 子 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 () 妊婦健診の受診有無 : 無・有 (回:)	家族構成 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・発達のおくれ・その他()
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()
	他の児の状況	・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()
情報提供の 目的とその 理由		
本情報提供票を送ることについては、次の方の同意を得ております。(本人・配偶者・その他:)		

- *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、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
 3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。