

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

患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生	
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		
父母の氏名	父： () 歳 職業 ()	母： () 歳 職業 ()
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
出生時の状況	出生場所： 当院・他院 () 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：)	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 ()
	情緒	・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・乱暴
		・身体的接触を極端に嫌がる・誰とでもべたべたする ・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、産後うつ等)・その他 ()
	子どもへの思い・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	・面会が極端に少ない・その他 ()
	きょうだいの状況	・疾患 ()・障害 ()
	養育者との分離歴	・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。(父・母・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18歳以下である場合について用いること。