

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
日常的世話の状況	・その他 ( )	
養育者の状況	健康状態等	・健診、予防接種未受診・不潔・その他 ( )
	子どもへの思い・態度	・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 ( )
養育環境	家族関係	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他 ( ) ・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。