

(別紙様式2)

要支援家庭対応結果票

平成 年 月 日

医療機関名

機関名

医師名

様

市町村・保健所

連絡をいただきました下記の者について報告します。

児の氏名	男・女 平成 年 月 日生 第()子 単胎・多胎 ()子中()子	
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)	
訪問先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院後の経過及び訪問等実施時の状況		
訪問等実施日 平成 年 月 日 月齢 ヶ月 日 (修正 ヶ月 日)		
発育状況 身体計測値： 体重()g 身長()cm 頭囲()cm 胸囲()cm 1日体重増加量 栄養状況：母乳()回/日・混合 人工()ml×()回 離乳(食事) [] 便回数()回/日	発達状況 注視：(有・無) 音反応：(有・無) 四肢運動(活発・不良) 運動の左右差：(有・無) 情緒 気になる行動等：(有・無) 有の場合は、該当するものに○、その他は具体的に [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・身体接触を極端にいやがる ・誰とでもべたべたする ・その他()]	
児の状況	発育・発達・情緒	・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()
保護者の状況	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()
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()
家庭状況・ 養育環境	育児の相談者	有(誰：)・無
	他の児の状況	・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()
相談内容及び指導内容		
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：)		

記入日 平成 年 月 日

記録者 所属部署名
保健師氏名
TEL