

妊娠中からの気になる母子支援 連絡票 _____年_____月分報告

その1, 2, 3

ご施設名 _____

お名前 _____

岡山県の母子保健の向上、虐待予防のため、産科スタッフが気づいたハイリスク母子の全数調査を行っております。ご協力をお願いします。

緊急時は、いつでも1例でもお送りください。毎月10日までに前月分(それ以前もあれば一緒に)をお送りください。前月に1例もなかった場合は、「なし」として、お送りください。

★緊急性(あり・なし)←緊急時には「あり」に○をおつけ下さい。緊急連絡時は、いつまでに連絡を希望するかについてもお書きください。()

	気づいた時期		リスクの種類 (いくつでも○を)	ご本人の情報提供への同意 (支援の希望)
	時期	妊娠週数 分娩後日数		
例	妊娠 分娩後	37 週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない (約 4 回) ③飛び込み分娩 ④DV 被害(疑) ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待(疑) ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし (28 週までなし) ⑰その他 ()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで { ○○市 x x 町 } スタッフへの連絡法 { △～△時に ○○師長まで (直通電話番号等) 過去に連絡 (有・無) { 2014 年 1 月 }
1	妊娠 分娩後	週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない (約 _____回) ③飛び込み分娩 ④DV 被害(疑) ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待(疑) ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし(_____週までなし) ⑰その他 ()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで { } スタッフへの連絡法 { } 過去に連絡 (有・無) { 年 月 }
2	妊娠 分娩後	週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない (約 _____回) ③飛び込み分娩 ④DV 被害(疑) ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待(疑) ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし(_____週までなし) ⑰その他 ()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで { } スタッフへの連絡法 { } 過去に連絡 (有・無) { 年 月 }
3	妊娠 分娩後	週 約 日	①望まない妊娠 ②妊婦健診が少ない (約 _____回) ③飛び込み分娩 ④DV 被害(疑) ⑤夫・家族の支援不足 ⑥胎児・新生児への愛着が弱い ⑦医療費の未払い ⑧子どもへの虐待(疑) ⑨母体の疾患 ⑩新生児の疾患 ⑪精神的支援が必要 ⑫10代の妊娠 ⑬未婚 ⑭外国人 ⑮助産制度 ⑯母子手帳なし(_____週までなし) ⑰その他 ()	ご本人の同意 あり・なし 居住地の町名まで { } スタッフへの連絡法 { } 過去に連絡 (有・無) { 年 月 }

追加分は、同じ用紙をご使用ください。パンフレットをご希望の場合はご連絡ください、お送りいたします。

連絡欄