

## 妊娠期母子連絡票

(市町村 → 産科医療機関)

記載年月日 年 月 日

医療機関 御中

今後の支援をお願いいたしたく連絡します。

## 1. 妊婦の基本情報（市町村からの問い合わせの際使用します）

妊婦氏名: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 出産予定日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住所: \_\_\_\_\_ (連絡先 \_\_\_\_\_ : 自宅・実家・妊婦本人)

里帰り先住所: \_\_\_\_\_ 様方 (連絡先 \_\_\_\_\_ : 自宅・実家・妊婦本人)

## 2. チェック項目（疑いを含む）

区分	妊産婦の状況（該当項目にチェック）		
精神疾患等	<input type="checkbox"/> 精神疾患等既往	<input type="checkbox"/> 知的に支援が必要	
	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> アルコール・薬物依存等既往	
社会・経済	<input type="checkbox"/> 若年妊娠	<input type="checkbox"/> 一人親・未婚等	
	<input type="checkbox"/> 経済的不安定	<input type="checkbox"/> 多子	<input type="checkbox"/> 外国籍
虐待	<input type="checkbox"/> 虐待歴・被虐待歴	<input type="checkbox"/> 子どもが可愛くない等言動あり	
環境	<input type="checkbox"/> 家族や身近な支援者がいない	<input type="checkbox"/> 実家又は義父母との関係が悪い	
	<input type="checkbox"/> 過去に養育の問題あり	<input type="checkbox"/> 暴力（DV）を受けている	
妊娠・出産	<input type="checkbox"/> 初診が妊娠 16 週以降	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の未交付	<input type="checkbox"/> 妊娠届出の遅延（20 週以降）
	<input type="checkbox"/> 望んでいない妊娠	<input type="checkbox"/> 胎児の性・外観に固執	<input type="checkbox"/> 妊娠・中絶を繰り返す
	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠		
その他	<input type="checkbox"/>		

## 3. 上記項目の具体的内容

## 4. 今後の市町村の支援予定内容

## 5. 依頼事項（該当項目にチェック）

<input type="checkbox"/>	出産後の連絡
<input type="checkbox"/>	妊産婦健診未受診時の連絡

<input type="checkbox"/>	入院中の面接
<input type="checkbox"/>	その他（ _____ ）

## 6. 本人の同意 医療機関へ連絡することについて、本人が [ 同意している ・ 同意していない ]

## 7. 報告者 市町村名・所属 \_\_\_\_\_ (連絡先: \_\_\_\_\_)

職名・氏名 \_\_\_\_\_