

(別紙様式12の2)

平成 年 月 日

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<br>既往症<br>治療状況等                 |                                                                                                                                              |                                  |                        |
| 父母の氏名                              | 父: ( )歳<br>職業( )                                                                                                                             | 母: ( )歳<br>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 ( )<br>在胎 : ( )週 単胎・多胎 ( )子中( )子<br>体重 : ( )g 身長 : ( )cm<br>出生時の特記事項 : 無・有 ( )<br>妊娠中の異常の有無 : 無・有 ( )<br>妊婦健診の受診有無 : 無・有 ( 回: ) |                                  | 家族構成<br>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 |                        |
|                                    |                                                                                                                                              | ・身体接触を極端にいやがる・多動・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( )  |                        |
|                                    | こどもへの思い・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( )                |                        |
|                                    | 同胞の状況                                                                                                                                        | ・同胞に疾患( )・同胞に障害( )               |                        |
|                                    | 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                       |                                                                                                                                              |                                  |                        |

\*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。