

(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

医師氏名

印

患者の氏名	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	
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする	
日常的世話の状況	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()		
養育者の状況	健康状態等	・疾患()・障害()	
	子どもへの思い・態度	・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・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。