医療機関→市

妊婦支援依頼票（様式２）

取扱注意

年　　月　　日

船橋市　　センター　　あて

医療機関名

主治医名

電話番号

※この情報提供は、本人等の同意がない場合であっても、児童福祉法第２１条の１０の５第１項に基づく情報提供であるため、個人情報保護法第１８条及び第２７条の「法令に基づく場合」に該当し、刑法の秘密漏示罪や守秘義務に関する法律の規定に抵触するものではありません。

支援の必要な下記の方について支援を依頼します。（※わかる範囲で記入をお願いします。）

妊婦	氏名（ふりがな）	生年月日		年齢	職業
		昭和 平成　年　月　日		歳	
	出産予定日	妊娠週数	妊娠既往歴		婚姻等
	年　月　日 （第　子）	週	出産（　）回 流産（　）回　早産（　）回 死産（　）回　中絶（　）回		婚姻 （有・無）
	住所			電話	入籍予定 （有・無）
妊婦の夫・ パートナー 等 ※わかる範囲で記入	氏名（ふりがな）	生年月日		年齢	職業
		昭和 平成　年　月　日		歳	同居 （有・無）
	胎児との血縁関係　（　有　・　無　・不明　）				
里帰り先 ※出産後の訪問が必要な場合に記入	（　　）様方→妊婦との関係（　　）				

【連絡したい事項】※支援が必要な項目にチェックをお願いします。

（１） 妊娠・養育関係

- ☐ 妊婦の不安が強い（不安の内容：　　）
- ☐ ［妊婦 ・ 夫（パートナー）］の障害や疾病（疑い）により、今後養育に支障が出ると推測される
  障害・診断名（　　）
  通院先･頻度（　　）
  治療内容等（　　）
- ☐ 周りに支援者がいない
- ☐ 妊婦が過去又は現在［タバコ・お酒・薬物・ギャンブル・その他（　　）］に依存
- ☐ 妊婦が不眠､イライラする､涙ぐみやすい､何もする気がない等の症状がある
- ☐ 母子健康手帳交付時期が遅い、妊婦健診を受けていない
- ☐ 経済的問題を抱えている
- ☐ 過去、養育に問題があった・今後の養育に不安がある
- ☐ （第１・第２・第（　））子に障害・疾病がある（今回が第２子以降の妊娠の場合）
- ☐ 妊娠・子どもに対して関心を持たない
- ☐ 若年妊娠　☐ 多胎妊娠　☐ 不妊治療後

（２） 虐待・ＤＶ関係

- ☐ 被虐待経験がある（疑いも含む）
- ☐ ＤＶを受けている（疑いも含む）
- ☐ 望んだ妊娠ではない

※裏面にも記入をお願いします

（3）その他詳細・補足説明

医療機関の 今後の方針	妊婦健診時確認　・　電話　・　その他 （　　）		
医療機関への 返信方法	電話・文書 その他 （　　）	担当者名	氏名（　　）所属（　　） ※必要時ご担当者へ連絡させていただきます。

上記の情報を、ふなここ、関係する他の医療機関、保健センター、その他支援に関係する機関と共有することについての同意

有　：　母　・　父　・家族　（続柄：　　）
無　：　理由（　　）