

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16条及び第23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	
	年 月 日 (第 子)	週	出産()回 流産()回 死産()回	早産()回 中絶()回
	住所		電話	婚姻等 婚姻 (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	
	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:)
- 妊婦の障害や疾病(疑い)により、今後養育に支障が出る
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
- 妊娠中の受診の中断
- 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
- (今回が第2子以降の妊娠の場合)(第1・第2・第())子に障害・疾病がある
- 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)
- 複雑な関係の同居者と生活中
- 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、子育て世代包括支援センター、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 ()