

妊婦連絡票・家庭訪問連絡票 送付実績報告書（市町村用）

（ 年 月 ～ 年 月）

市町村名（ ）

妊婦連絡票【様式1】（市町村 → 医療機関等）						
妊婦連絡票送付ケース	医療機関・助産所名	対象者の分類（重複可）	医療機関等とのカンファレンスの有無	医療機関等からの連絡有無（今後の対応等）	フォロー要否	備考 要フォローの理由 フォロー内容 等
1						
2						
3						
4						
5						

家庭訪問連絡票【様式3】（市町村 → 医療機関等）								
家庭訪問連絡票送付ケース	連絡表受付日	医療機関・助産所名	対象者の分類（重複可）	医療機関等とのカンファレンスの有無	家庭訪問実施の有無	家庭訪問連絡票送付の有無	フォロー要否	備考 未訪問の理由（フォロー機関を必ず記入） 要フォローの理由 フォロー内容 等
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

<対象者の概要の分類表>	
妊娠期から把握できる状況	産後に把握する状況
① 望まない妊娠 ② 若年妊娠（10代）、未婚 ③ 被虐待歴 ④ 母子健康手帳未発行 ⑤ 妊娠中の定期健診の回数が少ない ⑥ 受診中断 ⑦ アルコール、薬物依存 ⑧ 精神疾患 ⑨ HTLV-1抗体陽性 ⑩ 多胎児 ⑪ 経済的に不安定な家庭	⑫ 虐待歴 ⑬ 医療機関、市町村等からの連絡拒否 ⑭ その他専門職から見て気になる場合 ⑮ 飛び込み出産、無介助分娩（医師、助産師の介助なし） ⑯ 先天異常（代謝異常、聴覚障がい）等の疾病または障害を有する、またはその疑いのある児 ⑰ 親または家族に病人がいる等、育児困難な家庭 ⑱ 親の育児知識が乏しい、経験がない、技術の未熟 ⑲ 地域等交流のない家庭 ⑳ 子供に対して愛着が不十分 ㉑ 家族が面会に来ない ㉒ 産後精神不安（備考欄エジンバラ点数記載） ㉓ その他専門職から見て気になる場合 ㉔ 長期入院児（未熟児養育医療等）