

妊婦連絡票 (ハイリスクケース)

子の保護者	続柄	ふりがな 氏名	生年月日	職業	既往歴
	母 (妊婦)		昭和 平成 年 月 日		有 ( ) 無 ・ 不明
	父		昭和 平成 年 月 日		有 ( ) 無 ・ 不明
	自宅住所	電話 ( )			家族状況 入籍予定日: 年 月 日 (未入籍のケースのみ記載)  <input type="checkbox"/> — <input type="radio"/>
	現在の居住地 (里帰り先等)	電話 ( )			
	電話番号 (携帯)				
妊婦の状況	妊娠週数	週 日	妊婦の希望 (妊娠の受け入れ、産後の生活についての希望等)		
	出産予定日	年 月 日			
状況 (気になる点)					情報提供対象項目 (該当にレ点を記入)
					<input type="checkbox"/> 望まない妊娠 <input type="checkbox"/> 若年妊娠 (10代)、未婚 <input type="checkbox"/> 被虐待歴 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳未発行 <input type="checkbox"/> 妊娠中の定期健診の回数が少ない <input type="checkbox"/> 受診中断 <input type="checkbox"/> アルコール、薬物依存 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体陽性 <input type="checkbox"/> 多胎児 <input type="checkbox"/> 経済的に不安定な家庭 <input type="checkbox"/> 虐待歴 <input type="checkbox"/> 医療機関、市町村等からの連絡拒否 <input type="checkbox"/> その他専門職から見て気になる場合
今後の対応					
実施してほしい 指導等					

次回受診予定日 ( 年 月 日 )

記録日 ( 年 月 日 )

\*市町村、医療機関等への情報提供 (□にレ点を入れること)

医療機関等または市町村へ情報提供することに本人の了解が (得られた・得られていない)。

提供してほしくないと言われた情報:

市町村または保健所の保健師がご家庭へ電話連絡・訪問することに本人の了解が、(得られた・得られていない)。

了解が得られなかった理由:

<連絡先>

所属名: \_\_\_\_\_

記入者名: \_\_\_\_\_ (電話)