

家庭訪問連絡票 (ハイリスク児・長期入院対象児)

訪問年月日	年 月 日 (生後 月 日)		訪問担当者		
児の氏名 <small>ふりがな</small>	男 女 ( 年 月 日生)		住所 保護者氏名		
出産予定日	年 月 日		診断名		
訪問時の状況	計測	体重 ※( )より ( )g/日増 身長 cm 胸囲 cm 頭囲 cm	栄養	母乳・混合・人工 母乳 ( )回/日 人工 ( ml) × ( )回 哺乳力 (良・不良)	身体状況 便回数 ( )回/日 便性状 (軟・硬) 便の色 ( )
	育児環境・育児状況	医療機関等で行った退院指導の実施状況			
		育児の問題点 母の不安	<input type="checkbox"/> あり (育児手技・愛着形成・経済状態・協力体制・負担感・母の育児態度) <input type="checkbox"/> なし		
		家族からの育児支援 (家族関係・家庭環境等)	<input type="checkbox"/> あり (父親・その他の家族・その他[ ]) <input type="checkbox"/> なし		
		地域との交流 (相談できる人の有無)	<input type="checkbox"/> あり (育児サークル・近隣の住人・その他[ ]) <input type="checkbox"/> なし		
		指導事項	<input type="checkbox"/> 哺乳 <input type="checkbox"/> 清潔・皮膚の手入れ <input type="checkbox"/> 股関節脱臼予防 <input type="checkbox"/> 外気浴 <input type="checkbox"/> 事故防止 <input type="checkbox"/> 乳幼児健診・予防接種 <input type="checkbox"/> 育児サークル等の利用 <input type="checkbox"/> 地域の相談窓口 <input type="checkbox"/> その他:		
	母の状況	産後健診	<input type="checkbox"/> 受診 ( 月 日) <input type="checkbox"/> 未受診		
		身体状況			
		生活状況	現在の就業(無・有) [産後休暇(有・無)、育児休暇(無・有: 年 月まで)]		
		訪問時の母の様子			
指導事項	<input type="checkbox"/> 身体復古 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 産後の栄養と休息 <input type="checkbox"/> 家族計画 <input type="checkbox"/> その他:				
まとめ (地域で行った指導等)					
今後の支援	フォロー内容 [ ] フォロー方法 [ ]				

※ 医療機関等に情報提供することについては、(父・母) の了解を得ています。

記録日 ( 年 月 日)

<連絡先> 市町村名 \_\_\_\_\_ 担当保健師名 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_