様式２（養育支援ネット妊婦用様式に対応）

**妊婦支援等連絡票（訪問等結果について）**

医療機関名 　 　　　　　　 機関名

医師名

様 　　　　　　　　市町・健康福祉事務所・保健所

連絡票をいただきました下記の者について報告いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 妊婦の氏名 |  | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日生（　　）歳  職業（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 住　　所 | 電話番号 （自宅・実家・その他） | |
| 訪問先の住所 | 様方 電話番号 （自宅・実家・その他） | |
| 訪問（対応）  年月日 | 年　　　月　　　日（妊娠　　　週） | |
| 訪問（対応）  時の把握内容 |  | |
| 相談内容  及び指導内容 |  | |
| 依頼事項に  ついての返答 |  | |
| 問題点  及び今後の  援助計画 | □ 継続して支援します。　　　　　□ 出産後に支援します。  □ 関係機関（　　　　　 　）と連携して支援します。 | |
| 医療機関への  依頼事項 |  | |

※本連絡票を医療機関等に送ることについては、妊婦ご本人の了解を得ております。

**記入日　　　　　　　年　　月　　日**

記録者 所属部署名：

担当者氏名：　　　

　　　職種：保健師・助産師・看護師

ＴＥＬ