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