

(別紙様式12の2)

年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿  
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号  
医師名

印

患児の氏名	男・女			年	月	日生
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名					
病状 既往症 治療状況等						
父母の氏名	父:	( )歳	母:	( )歳		
	職業( )		職業( )			
住所	電話番号			(自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方	電話番号		(自宅・実家・その他)		
入退院日	入院日 :	年	月	日	退院(予定)日 :	年 月 日
出生時の状況	出生場所 : 当院・他院 ( ) 在胎 : ( )週 単胎・多胎 ( )子中( )子 体重 : ( )g 身長 : ( )cm 出生時の特記事項 : 無・有 ( ) 妊娠中の異常の有無 : 無・有 ( ) 妊婦健診の受診有無 : 無・有 ( 回: )				家族構成     育児への支援者:無・有( )	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください						
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他( )				
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴				
		・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする				
	日常的世話の状況	・その他( )				
養育者の状況	健康状態等	・疾患( )・障害( )				
		・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他( )				
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他( )				
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他( )				
	同胞の状況	・同胞に疾患( )・同胞に障害( )				
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他( )				
情報提供の目的とその理由						

\*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。