

【記入例】 要支援者情報提供票 《ペリネイタルロスケア版》

作成日 西暦 年 月 日

市 課・保健センター 様

医療機関名 医師名

TEL 内線 担当助産師・看護師名

下記の母について、今後の支援をお願いしたいので連絡します。

* 以下の項目の該当する□にチェック（✓）してください。

父の欄に記載したのは ☒ 父 ☐ パートナー	
母：フリガナ 大阪 花子 オオサカ ハナコ 生年月日： ○○年○月○日 （○○）歳 職業： 特記事項：無・有 ()	父またはパートナー：フリガナ 太郎 タロウ 生年月日：△△年△月△日 （△△）歳 職業： 特記事項：無・有 ()
婚姻： ☐ 無 ☒ 有 同居： ☐ 無 ☒ 有	
自宅住所：〒××××× 大阪府○○○○ 連絡先（ ☐ 固定電話 ☒ 携帯電話）： 080-××××-○○○○	
退院先住所（ ☒ 自宅 ☐ 実家 ☐ その他）： 〒 連絡先（ ☐ 固定電話 ☐ 携帯電話）：	
母の入院日： ◇◇年◇月◇日 母の退院日：◇◇年◇月◇日	
出産を終えた日（週数） ◇◇年◇月◇日（ ◇週 ◇日） 出産場所： ☒ 当院 ☐ 他院（ ） ☐ 自宅 ☐ その他（ ） 流産・死産などの理由： ☐ 選択による中期分娩 ☒ 流産・死産 ☐ 早期新生児死亡・新生児死亡 妊婦健診定期受診の有無： ☐ 無 ☒ 有 妊娠届出時の保健センター相談歴の有無： ☒ 無 ☐ 有	家族構成 ◎ — □ ○○歳 △△歳 キーパーソン □無 ☒ 有（誰：夫 ）

* 以下の項目の該当する□にチェック（✓）してください。（複数回答可）

情報分類	内 容
健康状態	☐ 精神疾患（産後うつを含む） ☐ 不安が強い ☐ 心療内科通院歴がある ☐ 知的障がいがある ☐ アルコール依存がある ☐ 薬物依存がある ☐ 自傷がある ☐ 多産 ☐ 多胎 ☐ 望まない妊娠 ☐ 妊娠・中絶を繰り返している ☐ 健診未受診 ☐ 胎児に疾患や障がいがあった ☐ 妊娠間隔が短い ☐ 産後、出産が原因の身体的不調が続いている ☐ 妊娠届が出ていない ☐ その他（ ）
家庭環境	☐ 虐待歴・被虐待歴・DV歴がある ☐ 未成年 ☐ ヤングケアラー ☐ 外国人（日本語が話せない） ☐ 夫やパートナー、両親などの家族や身近な人に精神面をサポートする人がいない ☐ 地域の中で孤立 ☐ 住所不定 ☐ 経済的不安 ☐ その他（ ）
通院・入院中の本人や家族の様子 例）病院での治療や処置、グリーフケアの情報提供 身体面や精神面の情報提供及び精神科紹介の有無など 初産婦。破水感にて時間外受診し、破水の診断とともに子宮内胎児死亡が診断された。翌日、陣痛発生し、夫立会いのもと自然死産に至る。分娩経過異常なし。分娩後は、死産児と夫で家族同室にて過ごされたが、表情は硬く、流涙や悲しみの表出はなかった。スタッフに対しても常に気丈にふるまわれていた。	
情報提供の理由、今後のフォロー依頼など ☐ 訪問または電話連絡を希望されています。 産後2週間健診で、EPDS18点、質問10「時々そうだった」にチェックあり。夜になると涙が出てあまり眠れていない。夫は普段と変わらぬ様子で、死産児のことを話すことはない。つらい気持ちを話しにくい雰囲気があり夫とあまり話せていない。自分のせいで死産してしまったのではないかと自責の念があり流延されていた。つらい時の相談先として紹介しています。	
次回受診予約 ××年×月×日 1ヵ月健診	
☒ 本情報提供票を市町村保健（福祉）センター・保健所に送ることについては、本人の同意を得ております。	