

北九州市産後ケア事業至急引継ぎ連絡票

年 月 日

各区役所保健福祉課長 宛

事業所名	
担当者名	連絡先

北九州市産後ケア事業利用者について、至急の引継ぎ事案がありましたので報告します。

(ふりがな)		生年月日	年 月 日 歳	母子健康手帳番号	
氏名				多胎の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (加算人数: 人※) ※例 双子の場合「1人」
住所	北九州市		(連絡先)		
(ふりがな)					
こどもの名			(生年月日: 年 月 日・第 子)		
利用(予定)日	月 日 時 分 ~ 月 日 時 分				
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短時間) <input type="checkbox"/> 訪問				

子の状況	<input type="checkbox"/> 体重増加不良 (月 日測定体重: g) (出生時体重: g) <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 皮膚・衣類の不潔 <input type="checkbox"/> 不自然なけがやあざあり <input type="checkbox"/> その他()
産婦(養育者)の状況	<input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 気分不良、イライラ感・不安感が高い <input type="checkbox"/> 産後うつの傾向がある <input type="checkbox"/> 日常のケア状況に問題あり <input type="checkbox"/> 児に対して否定的な言動あり <input type="checkbox"/> 気になる養育者の様子 <input type="checkbox"/> その他()
養育環境	<input type="checkbox"/> きょうだいに手がかかる <input type="checkbox"/> 育児の相談者・協力者なし <input type="checkbox"/> その他()
利用時の状況詳細	エジンバラ: <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 他機関実施: 点(/) ボンディング: <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 他機関実施: 点(/)

報告日時	年 月 日 時 分 (報告者氏名:)	報告先	区 様へ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> ()
------	------------------------	-----	--

【 区事務処理欄】 (報告受理日: 電話 / 文書 / () /)
 (対応方針、指示・伝達事項など)