

北九州市産後ケア事業至急引継ぎ連絡票

記入例

実施事業所向け説明

6 年 11 月 1 日

各区役所保健福祉課長 宛

事業所名 F産科クリニック  
担当者名 ○○○○ 連絡先 123-4567

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)  | ふくおか はなこ                                                                                                                        | 生年月日            | S60年10月5日 39 歳                  | 母子健康手帳番号 | 6-0000                                                                                           |
| 氏 名     | 福岡 花子                                                                                                                           |                 |                                 | 多胎の利用    | <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有<br>(加算人数: 1 人※)<br>※例 双子の場合「1人」 |
| 住 所     | 北九州市 XXX-XX-XX                                                                                                                  | (連絡先 321-7654 ) |                                 |          |                                                                                                  |
| (ふりがな)  | たろう                                                                                                                             | じろう             |                                 |          |                                                                                                  |
| も の 名   | 太郎                                                                                                                              | 次郎              | (生年月日: 6 年 7 月 3 日 ・ 第 2 ・ 3 子) |          |                                                                                                  |
| 予 定 ) 日 | # 月 31 日 10 時 0 分 ~ 11 月 5 日 19 時 0 分                                                                                           |                 |                                 |          |                                                                                                  |
|         | <input checked="" type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 通所(短時間) <input type="checkbox"/> 訪問 |                 |                                 |          |                                                                                                  |

◆多胎利用の有無記入します。

◆多胎利用の場合は、同一欄にまとめて記載します。

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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)<br><input type="checkbox"/> 発達の遅れ<br><input type="checkbox"/> 皮膚・衣類の不潔<br><input type="checkbox"/> 不自然なけがやあざあり<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 母の状況      | <input type="checkbox"/> 体調不良<br><input checked="" type="checkbox"/> 気分不良、イライラ感・不安感が高い<br><input checked="" type="checkbox"/> 産後うつ傾向がある<br><input type="checkbox"/> 日常のケア状況に問題あり<br><input checked="" type="checkbox"/> 児に対して否定的な言動あり<br><input type="checkbox"/> 気になる養育者の様子<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                               |
| 養育環境      | <input type="checkbox"/> きょうだいに手がかかる<br><input checked="" type="checkbox"/> 育児の相談者・協力者なし<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 利用時の母子の状況 | 夜間授乳による疲労感訴え休息目的で利用申し込みあり。来所初日の面談では流涙みられ、今後の育児についての強い不安を語られた。不妊治療により授かった双胎。過去に2度の流産歴あり。妊娠6か月時に夫の転勤でA市へ転入しており、周囲に友人知人なし。夫は工場勤務で二交代の夜勤があるため育児への協力が得られにくい。出産後第1子は母子同日退院。2か月頃に退院し、△△病院に定期受乳にかけける時間が長くなっている。まることができていなかった。に陥るリスクが高いため、早急な育児支援が母のメンタル面の継続フォローが必要と考えた。<br>エジンバラ: <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 <input checked="" type="checkbox"/> 他機関実施: 9 点(9/27) ポンディング: <input type="checkbox"/> 未実施 <input checked="" type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 他機関実施: 3点(10/31) |

◆体重増加不良にチェックした場合は、測定した体重と出生時体重も記載してください。

◆「その他」をチェックした場合は( )内に具体内容を記載してください。

◆直近でエジンバラ等を実施されており、産後ケア事業所でその結果が把握できる場合は、✓他機関実施を選択し、把握した検査月日と結果の記載でも可(実施必須を除く)。

|      |                                        |     |                                                                                                             |
|------|----------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 報告日時 | 6 年 11 月 1 日 8 時 # 分<br>(報告者氏名: ○○○○ ) | 報告先 | ○○○ 区 △△ 様へ <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> ( ) |
|------|----------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【 区事務処理 受理日: <input type="checkbox"/> 電話 / <input type="checkbox"/> 文書 / <input type="checkbox"/> ( ) / ( ) |
| (対                                                                                                          |
| ◆第一報の報告状況を記載してください。<br>この連絡票は、対象者のお住まいの、各区保健福祉課地域保健係へ提出してください。                                              |
| ◆この連絡票を提出した場合も、「実施結果報告書(共通様式2)」の作成は必要です。                                                                    |