（様式第７号：医療機関⇒市町）※各市町の様式がない場合

産婦健康診査結果　情報提供書

令和　　　年　　月　　日

市・町

　　　様

　　　　医療機関・助産所名

記入者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【医師・助産師・看護師・他　（　　　　　）】

電話番号

　産婦健康診査において，支援が必要と判断しましたので，今後の支援をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 産婦氏名  生年月日 | 年　　　月　　　日  FAXで送付する際は，  記入しないでください。  後ほど，担当者から貴院へ  連絡します。 |
| 子の氏名  生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

　産婦健康診査の結果

|  |  |
| --- | --- |
| 受診日 | 令和　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日　（産後　　　　　　　　　　　　日目） |
| 産婦健康  診査結果 | 【エジンバラ産後うつ質問票】  □　合計点　（　　　　　　　　　）点  □　質問項目10が1点以上  □　医師の判断により継続支援が必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【診察結果】  ※該当する番号に○を記載してください。（）にその内容を記載してください。  １　異常なし ２　要経過観察　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ３　要医療　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） ４　治療中　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※産婦健康診査問診票の写しを添付してください。 |
| 市町による支援 | □　要　　　　□　不要  特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡事項 | □本情報提供することについては，本人の同意を得ています。  □本情報提供をすることについて，本人の同意を得ていませんが，情報提供（児童福祉法第21条の10の５）として連絡します。 |
| 結果報告書の送付希望　　　　有　　・　　無 |