

中間市産後ケア事業至急引継ぎ連絡票

年 月 日

中間市長 宛

事業所名

担当者名

連絡先

中間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) 氏名		生年月日	年 月 日 歳	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」
主 所	福岡県 市 町村	(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"/> 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 ()
母の状況	<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 母子の状況詳細	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	中間市 課 様へ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> ()
------	------------------------	-----	---

【中間市村事務処理欄】 (報告受理日： <input type="checkbox"/> 電話 / <input type="checkbox"/> 文書 / <input type="checkbox"/> () / ()) (対応方針、指示・伝達事項な
