様式８－１（医療機関→市町保健師等）

平成　　年　　月　　日

**新生児聴覚スクリーニング検査等育児支援連絡票**

提供先市町村　　　　　　　　　　　　　　　　　　市町村長　殿

紹介元医療機関の住所地及び名称

電話番号

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 患者の氏名 | 平成　　　年　　　月　　　日生男・女　　　　　　　　　　　（　　　）歳　　　　　　　　　　　　　職業（　　　　　　　　　　　　） |
| 傷病名 | （疑いを含む）　　　　　　　　　　　　　　その他の傷病名 |
| 病状既往歴治療状況等 | 新生児聴覚スクリーニング検査結果平成　　年　　月　　日実施新生児聴覚スクリーニング検査において（　右・左・両側　）が要再検でした。精密検査結果　平成　　年　　月　　日実施　結果： |
| 児の氏名 | 男・女　　　平成　　年　　月　　日生まれ |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　（自宅・実家・その他） |
| 退院先の住所 | 様方　電話番号　　　　　　　　　　　　　　（自宅・実家・その他） |
| 入退院日 | 入院日：平成　　年　　月　　日 | 退院（予定）日：平成　　年　　月　　日 |
| 今回の出産時の状況 | 出産場所：当院・他院（　　　　　　　　　　　　　　）在　　胎：（　　　）週　単胎・多胎　（　）子中（　）子体重：（　　　　ｇ）身長：（　　　ｃ　ｍ）出産時の特記事項：無・有（　　　　　　　　　　　　）妊娠中の異常の有無：無・有（　　　　　　　　　　　）妊婦健診の受診有無：無・有（　　　回：　　　　　　） | 家族構成育児への支援者：有・無（　） |
| ※以下の刻目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください |
| 児の状況 | 発育・発達 | ・発育不良・発達のおくれ・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 日常的世話の状況 | ・健診、予防接種未受診・不潔・その他（　　　　　　　　　　） |
| 養育環境 | 家族関係 | ・面会が極端に少ない・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 他の児の状況 | ・疾患（　　　　　　　　　）・障害（　　　　　　　　　　　　） |
| こどもとの分離歴 | ・出産後の長期入院・施設入所等・その他（　　　　　　　　　） |
| 情報提供の目的とその理由 |  |

＊備考　　1．必要がある場合は続紙に記載して添付すること

　　　　　2．本様式は、患者が現に子どもの養育に関わっている者である場合について用いること。

　　　　　3．出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。