養育医療申請時面接・相談票

相 談 日	平成　　年　　月　　日	**面接方法**	来所　・　電話　・　その他（　　）
		来 所 者	父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他（　　）
（ふりがな） **児 氏 名**	（ 男　女 ） 第　子	父: 母:	
生年月日	平成　　年　　月　　日　（生後　　か月　　日）		
住所 現住所			
住所 退院後の住所			
電話番号	（自宅）　　（携帯）		
在胎週数	在胎週数:　　週　　日（出産予定日:平成　　年　　月　　日）　**出生時体重**　　g		
受付時の状況 発育・発達について	・現在の発育・発達状況（養育医療意見書を参考に症状の概要・病名について） 現在の体重　　g 栄養状況 ・挿管・酸素などの処置や治療状況 ・退院予定（退院の見通し）		
育児不安について	・主治医からの説明内容　（障害や疾病の有無等） ・育児について相談できる人　　あり　　なし ・夫の協力について　　あり　　なし	家族構成（兄姉等の確認） □ ─┬─ ○	
母親について	入院中 ・ 自宅 ・ 母方実家 ・ その他（　　）　※退院日　　／ ・妊娠中の経過および分娩経過　（経膣 or 帝王切開） ・産後の体調（ﾏﾀﾆﾃｨｰﾌﾞﾙｰ、産後うつ、不眠等）　・児への面会状況 ※母乳の状態 ・喫煙 ： 母親 ・ 家族（　　）　・飲酒 ： 母親 ・ 家族（　　）		
相談内容			

担当保健師の訪問	了解済み ・ 了解せず ・ 説明せず	**受付対応者**		**担当者**	

支援検討　　年　　月　　日　　**訪問担当保健師:**

方法:訪問（自宅 ・ 医療機関 ・ その他　　）　**支援時期:**　　年　　月

支援内容:

※次回判定会議:　　年　　月