

(別紙様式11)

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称  
電話番号

医師氏名 印

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日 明・大・昭・平	年 月 日 ( 歳) 職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 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. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
  3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。



(別紙様式12の2)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿  
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号  
医師名

印

患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
父母の氏名	父: ( )歳 職業( )	母: ( )歳 職業( )
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
出生時の状況	出生場所: 当院・他院 ( ) 在胎:( )週 単胎・多胎 ( )子中( )子 体重:( )g 身長:( )cm 出生時の特記事項: 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:無・有( )
※以下の項目は、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( )
	情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴 ・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他( )
		日常的世話の状況
養育者の状況	健康状態等	・疾患( )・障害( ) ・出産後の状況(マタニティ・ブルーズ、産後うつ等)・その他( )
	こどもへの思い・態度	・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他( )
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他( )
	同胞の状況	・同胞に疾患( )・同胞に障害( )
	養育者との分離歴	・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18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の3)

平成 年 月 日

情報提供先市町村

市町村長 殿  
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号  
医師名

印

患者の氏名	昭和・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 既往症 治療状況等		
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：( )cm 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：無・有( )
※以下の項目は、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、患者が現に子供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。