支援が必要な妊産婦FAX連絡票【医療機関⇒市町】

当様式は、妊娠期から支援を行うための連絡票です。院内のチェックリストとしてもご活用ください。

　支援が必要と判断された場合は、電話又はＦＡＸにて住所地市町へ情報提供をお願いします。

　　　　　　市・町

母子保健担当者　行き

作成日　Ｈ　　　年　　　月　　　日

紹介元医療機関名

電話番号

連絡者氏名

情報提供先（市町）

支援が必要な妊産婦チェックリスト

|  |  |
| --- | --- |
| 成田市  健康増進課 | TEL 0476-27-1111 |
| FAX 0476-27-1114 |
| 佐倉市  健康増進課 | TEL 043-485-6712 |
| FAX 043-485-6714 |
| 四街道市  健康増進課 | TEL 043-421-6100 |
| FAX 043-421-2125 |
| 八街市  健康管理課 | TEL 043-443-1631 |
| FAX 043-443-1742 |
| 印西市  健康増進課 | TEL 0476-42-5595 |
| FAX 0476-42-5514 |
| 白井市  健康課 | TEL 047-497-3495 |
| FAX 047-492-3033 |
| 富里市  健康推進課 | TEL 0476-93-4121 |
| FAX 0476-93-2422 |
| 酒々井町  健康福祉課 | TEL 043-496-0090 |
| FAX 043-496-8453 |
| 栄町  健康保険課 | TEL 0476-33-7707 |
| FAX 0476-95-4274 |

児の状況

* 児の疾患や障害が疑われる
* 未熟児、ＮＩＣＵ入院歴がある
* 児の体重増加が悪い
* 望まない妊娠
* 妊娠届出週数20週以上
* 妊婦健康診査を定期的に受けていない
* とびこみ出産、墜落分娩等
* 育児に支障をきたす程度の母の病気
* 精神疾患の既往や疑い
* 依存症歴がある（アルコール、薬、ニコチン等）
* 妊娠・出産に伴う心身の不調がある
* 育児に対するストレスが高い
* 児を抱かない、「可愛いと思えない」等の言動がある
* 第1子妊娠時10代
* 不妊治療による妊娠
* 多胎妊娠

母の状況

家庭環境

* 識字能力が低い
* 経済的な不安の訴え、不払い
* 複雑な家庭（ステップ家族など）
* 夫婦不和、配偶者からの暴力（ＤＶ）が疑われる
* 身近な支援者がいない
* 死産、乳幼児期に死亡した児がいた

無い際はお問い合わせください。

します。翌日（休日除く）まで連絡が

※ＦＡＸの場合は、折り返し電話連絡

（H27.3月作成：印旛健康福祉センター　電話043-483-1135）

検索

千葉県内上記以外の相談窓口：

千葉県、妊娠

千葉県児童家庭課ホームページ

『妊娠に関する相談について』

※一つでも該当する際は住所地の市町へ情報提供を

お願いします。