

【送付先】

連絡票

※下記の太枠の個人情報について、FAX 送付時は、未記載とし、電話でのやり取りで共有するものとする。

母氏名 (姓)	(名)	生年月日	年	月	日 (歳)
児氏名 (姓)	(名)	生年月日	年	月	日
性別 (男 ・ 女)		出生体重	g (在胎週数 週 日)		
住所			電話番号		

連絡事項 (受診日 : 年 月 日)					
<u>メンタルヘルスの連絡の目安</u> アンケート1 合計 9 点以上 問 10 1 点以上 アンケート2 合計 3 点以上			※産婦健診以外の場合は、記載不要 アンケート1 合計 点 問 10 点 アンケート2 合計 点		
<u>母等への説明内容</u> (1) 情報提供の同意 (2) 専門病院受診の必要性の説明 (3) 専門病院紹介先			有 無 未確認 済 未 不要 医療機関名 : 紹介状 : 有 無		
その他					
上記のとおり、連絡します。 年 月 日					
機関名			氏 名		
所在地			電話番号		

☐ 時 分頃 お電話します。

☐ 時 分頃 お電話ください。