様式２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関→保健センター送付用）

**育 児 支 援 依 頼 書**

　　年　　月　　日

　区保健担当部長（保健センター）　様

　　　 医療機関・科名

所在地

　電話番号

　　　　　医師名

　　　　年　　月　　日当院を受診・退院した下記の患者については、保健指導等の保健サービスを必要とします。

フリガナ

児・妊産婦氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 男・女　（　　　　年　　　月　　　日）

児の父氏名　　　　　　　　　　　（　 歳）　児の母氏名　　　　　　　　　　　（　　歳）

住所　札幌市　　区　　 　　　　　　　　　　　　　　電話番号

退院後の住所　　　　　　　　　　 　　　　　　様方 電話番号

　　　月　　　日頃まで

【紹介目的及び依頼事項】

１　2,500g未満の低出生体重児のうち、育児上支援が必要な児

２　障がいや重症の疾患を有する児

３　精神・運動発達の遅れのある児

４　虐待を受けるおそれのある児

５　医療関係者が不安を感じる等、養育に支援を必要とする親

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

連絡先：氏名（　　　　　　　　）職種（　　　　　　　　）電話番号（　　　　　　）