

支援記録

対象者名		生年月日	
住所		地区	

支援日	支援記録	対応者

プラン A ・ B ・ C

No.

母子保健相談票

起票日： R 年 月 日

ふりがな

母

S・H

年

月

日生

要対協(特妊)

No.

ふりがな

児

男 ・ 女

H・R

年

月

日生

要対協

No.

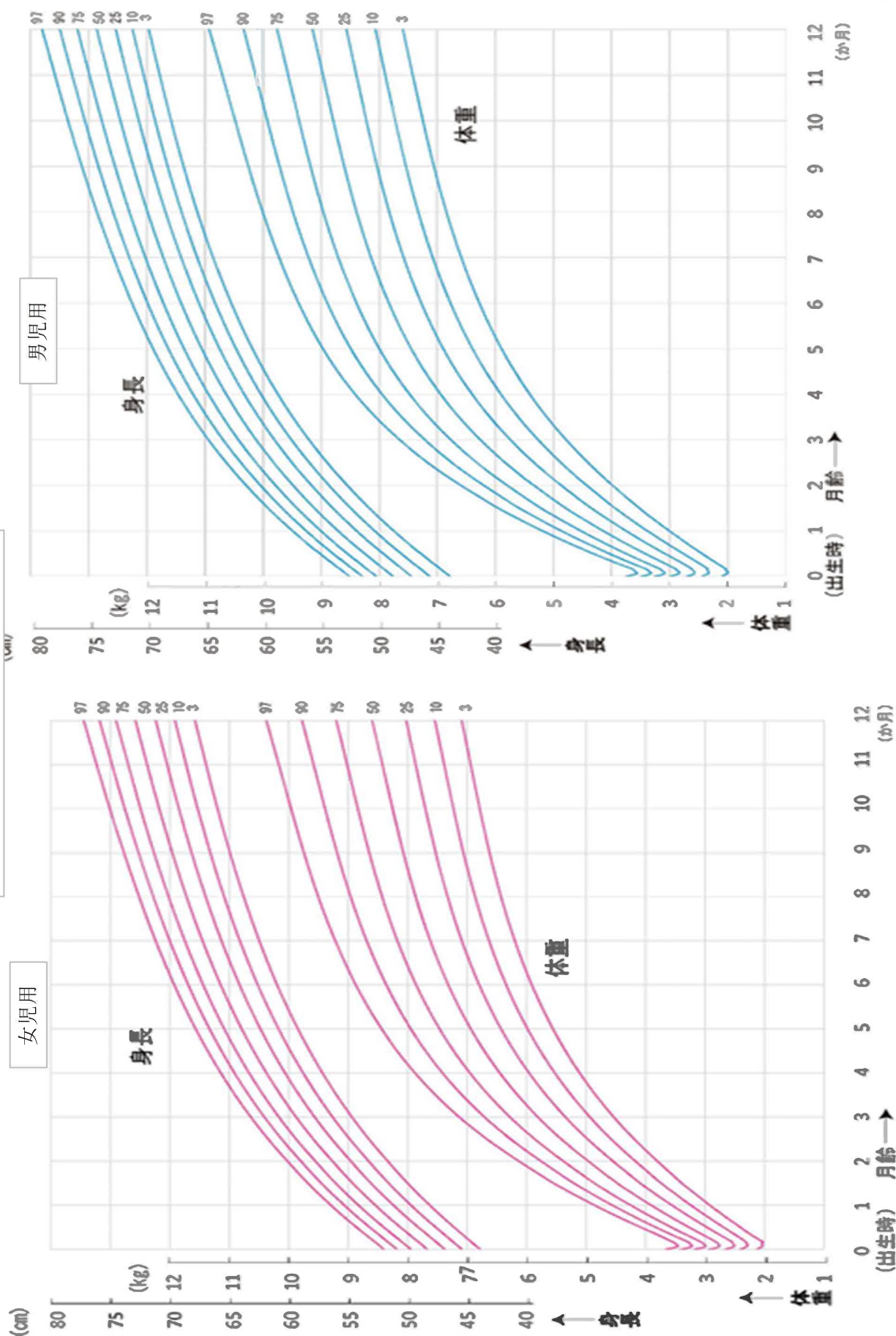
北部 ・ 南部 地域保健課 () 地区

No. 2

住 所				連 絡 先		
家 族 の 状 況	氏名	続柄	生年月日	備 考	家族構成	
			歳 生 . .			
			歳 生 . .			
			歳 生 . .			
			歳 生 . .			
			歳 生 . .			
			歳 生 . .			
			歳 生 . .		協力者	
経済状況 ☐ 問題なし ☐ 困窮 ☐ 生活保護受給中 ☐ その他()						
母 の 健 康 状 態	既往歴	無・有 ()		現病歴	無・有 ()	
	嗜好	喫煙 無・有 (本/日) ・妊娠を機に禁煙 飲酒 無・有 (毎日・週 日・機会があれば)				
	既往妊娠歴	既往分娩 回 () 自然流産 回・早産 回・死産 回・人工妊娠中絶 回 ☐ 不妊治療 () ()				
	妊娠中の状態	母子健康手帳交付日/週数 R 年 月 日 / 妊娠 週 出産予定日 R 年 月 日 予定 ☐ 低所得妊婦初回産科受診費用助成 (R 年 月 日申請) 妊娠中の異常 無・有 ☐ 妊娠中 医療機関から連絡あり ()				
	産後の状態	出産場所 () () 市 良・否 ☐ 産後 医療機関から連絡あり ☐ EPDS 2週間()点 1か月()点 ()				

児の状況						
出生時の状況	☐ 経膈分娩（ ☐ 吸引分娩 ☐ 誘発分娩） ☐ 帝王切開（ ☐ 予定 ☐ 緊急 理由（ ））					
	在胎期間： 週 日					
	☐ 異常なし ☐ 所見あり ☐ 養育医療 ☐ 小児慢性特定疾患 ☐ 養育支援ネット					
	先天性代謝異常検査 済 異常なし・（ ） 新生児聴覚検査 済 異常なし・（ ）					
発育状況		出生時	退院日	2週間健診	1か月児健診	4か月児健診
		R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日	R 年 月 日
	体重	g	g	g	g	g
	1日増加量			g/日	g/日	g/日
	身長	cm	cm	cm	cm	cm
	頭囲	cm	cm	cm	cm	cm
	胸囲	cm	cm	cm	cm	cm
	備考					
通院状況	医療機関（ ） 通院理由（ ）			予防接種	開始 済・未 かかりつけ小児科（ ）	
こんにちは赤ちゃん訪問		☐ 訪問（訪問員・保健師） ☐ 電話 ☐ 連絡つかず（ ）				
乳幼児健診受診状況	9～10か月	1歳6か月	3歳6か月	乳幼児相談		
	済・未	済・未	済・未			
所属	☐ 保育園 ☐ 幼稚園（ ） 入園時期：R 年 月 ☐ 一時預かり（ ）					
発達支援	☐ 親と子のグループワーク R 年 月 日～ 回参加 ☐ 専門相談 R 年 月 日相談 →結果： ☐ 医療機関受診 医療機関名： ☐ 児童発達支援 事業所名： 利用頻度： ☐ 所属先加配対応					
支援・サービス利用状況	☐ 育児支援専門員派遣事業 R 年 月 日～R 年 月 日 ☐ 産後ケア事業（ ☐ 宿泊型 ☐ 通所型 ☐ 訪問型） ☐ 産前産後ヘルパー派遣事業 ☐ ☐					

乳児身体発育曲線（平成22年調査）



※乳幼児身体発育曲線の活用・実践ガイド

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健康やか次世代育成総合研究事業）より引用

要保護・要支援児童把握票

1 要保護・要支援(疑)児について

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	H・R	年	月	日
------------	--	-----	------	-----	---	---	---

2 把握状況

把握日	状況	虐待種類※	虐待者	重症度
R 年 月 日				
R 年 月 日				
R 年 月 日				

※虐待種類 身体的虐待・ネグレクト・マルトリートメント・性的虐待・心理的虐待

3 関係機関

☐ こども相談支援課	担当()児童CW
☐ 保護担当	担当()CW
☐ 障害者支援課	
☐ 福祉相談支援課	
☐ 医療機関 ()	
☐ 保育園 ()	
☐ 幼稚園 ()	
☐ 小学校 ()	
☐	
☐	

4 備考

--

会議・カンファレンス等の記録

起案日		回議完了	
事業名			
議題			
実施日時			
従事者			
参加者			

情報提供書

様

平素は本市の保健行政に格別のご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

当保健福祉センターにて実施した発達検査について、保護者の依頼及び同意に基づき、情報提供させていただきます。

名前			生年月日																			
住所			電話番号																			
担当			電話番号																			
専門相談 相談日：			児の年齢：																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="3">新版K式発達検査2020</td> </tr> <tr> <td></td> <td>発達年齢</td> <td>発達指数</td> </tr> <tr> <td>姿勢・運動</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>認知・適応</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>言語・社会</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>全領域</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					新版K式発達検査2020				発達年齢	発達指数	姿勢・運動			認知・適応			言語・社会			全領域		
新版K式発達検査2020																						
	発達年齢	発達指数																				
姿勢・運動																						
認知・適応																						
言語・社会																						
全領域																						
子の発達状況																						
保護者への助言 保護者への助言として以下の内容を伝えました。																						
記載者名																						
児童発達支援を利用することで、児の成長発達を促すことが期待されます。ご指導よろしくお願い申し上げます。																						
専門相談： で実施 臨床心理士(新版K式による発達検査と面接相談)等による個別相談を行い、対象となる親子に対して相談助言を実施している。																						

障害児通所支援利用にかかる要否について

児童の 保護者	氏 名		生 年 月 日		
	フリガナ				
居住地	〒				
	電話番号				
対象児童	氏 名		続 柄	生 年 月 日	
	フリガナ				
サー ビス 利用 にか かる 要 否 の 理 由	障害児通所支援を利用することで、児の成長発達を促すことが期待されます。				

障害者支援課長 あて

年 月

機関名

障害児通所支援とは

- 児童発達支援（ただし、医療型を除く。）
未就学の障害児に対し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技術の付与、集団生活への適応訓練等を行う。
- 放課後等デイサービス
就学している障害児に対し、放課後や休業日に生活能力の向上のために必要な訓練等を行う。
- 保育所等訪問支援
保育所等に通う障害児に対し、障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援を行う。

提出先

- J R神戸線より北部にお住まいの方
尼崎市北部保健福祉センター北部障害者支援課（塚口さんさんタウン1番館内）
TEL06-4950-0374/FAX06-6428-5118
- J R神戸線より南部にお住まいの方
尼崎市南部保健福祉センター南部障害者支援課（出屋敷リベル内）
TEL06-6415-6246/FAX06-6430-6803

様式 1 (国様式12の2・12の3に対応)

育児支援等連絡票（訪問結果について）

医療機関名
医師名

機関名

様市町・健康福祉事務所・保健所

連絡票をいただきました下記の者について報告いたします。

児の氏名	男・女 単胎・多胎			年 ()	月 ()	日生 ()	第 () 子 子中 () 子
父母の状況	父： () 歳 職業 ()		母： () 歳 職業 ()				
住 所	電話番号 (自宅・実家・その他)						
訪問先の住所	様方		電話番号 (自宅・実家・その他)				
退院後の経過及び訪問時の状況							
訪問実施日 年 月 日 月齢 カ月 日 (修正 カ月 日)							
発育状況 身体計測値：体重 () g 身長 () cm 頭囲 () cm 胸囲 () cm 1 日体重増加量 () g 栄養状況：母乳 () 回／日・混合 人工 () ml× () 回 離乳(食事) [] 便回数 () 回／日				発達状況 注視： (有 ・ 無) 音反応： (有 ・ 無) 四肢運動： (活発 ・ 不良 運動の左右差： (有 ・ 無) 情緒 気になる行動等： (有 ・ 無) 有の場合は、該当するものに○、その他は具体的に (・ 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) (・ 誰とでもべたべたする) (・ その他 ())			
児の状況	発育・発達・情緒		・発育のおくれ ・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 ()				
保護者の状況	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 ()				
家族状況・ 養育環境	育児の相談者		有 (誰：) ・ 無				
	同胞の状況		・疾患 () ・障害 ()				
	養育者との分離歴		・出産後の長期入院 ・施設入所 ・その他				
訪問時の相談内容及び指導内容							
依頼事項についての返答							
問題点及び今後の援助計画							
病院への依頼事項							

※本連絡票を医療機関等に送ることについては、保護者（父・母・ ）あるいはご本人の了解を得ております。

記入日 年 月 日

記録者 所属部署名
保健師氏名
TEL

様式 2（養育支援ネット妊婦用様式に対応）

妊婦支援等連絡票（訪問等結果について）

医療機関名
医師名
様
機関名
市町・健康福祉事務所・保健所

連絡票をいただきました下記の者について報告いたします。

妊婦の氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生（ ）歳 職業（ ）	
住 所	電話番号（自宅・実家・その他）	
訪問先の住所	様方	電話番号（自宅・実家・その他）
訪問（対応） 年月日	年 月 日（妊娠 週）	
訪問（対応） 時の把握内容		
相談内容 及び指導内容		
依頼事項に ついての返答		
問題点 及び今後の 援助計画	☐ 継続して支援します。 ☐ 関係機関（ ）と連携して支援します。 ☐ 出産後に支援します。	
医療機関への 依頼事項		

※本連絡票を医療機関等へ送ることについては、妊婦ご本人の了解を得ております。

記入日 年 月 日

記録者 所属部署名：
担当者氏名：
職種：保健師・助産師・看護師
TEL

様式 3

養育支援を必要とする家庭への 支援結果報告書

作成日 年 月 日

情報提供について保護者等の同意（どちらかに○） 無 ・ 有（承諾者： ）			
連絡受理日	年 月 日	転入前 担当者	
対象者の名前 （年齢）			
転入前住所			
現住所			
訪問（対応）日		訪問 （対応）者	
訪問（対応）時 の状況			
今後の方針			
その他連絡事項			
ケース担当者	所属 氏名 電話 アドレス		