様式２

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　様

 　　　市町村保健機関の長

御連絡をいただきました下記の方の支援結果について、御報告いたします。

「支援結果報告票」

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  氏　　　名 |  |  生 年 月 日 |  　　 年　　月　　日(　 歳) |
|  Ｔ Ｅ Ｌ その他連絡先 |  自宅 |
|  自 宅 住 所 |  |  携帯 |
|  里帰り住所 |  |  里帰り先ＴＥＬ |  |
|  子ども氏名 |  | 子どもの生年月日 |  |
| 　支　援　日 |  |  訪問した場合の　　　訪問先 |  |
|  家庭環境・家族の状況等 (家族関係の変更があった場合も記載) |
| 支援時の相談内容及び支援内容 | 今後の方針 |
| １　継続　①定期対応(ｱ 訪問・ｲ 電話)　②健診　③既存母子保健事業の活用　④それ以外　２　対応終了･フォロー不要３　その他　 　　　　　　　　　  |
| 医療機関への連絡事項 | 医療機関へ連絡することの承諾 | あり・なし |
|  |

問い合わせ先 所属　　　　　　　　　　　　　　 担当者名　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　記載者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日：令和　　　　年　　　　月　　　　日