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