乳幼児健康診査未受診家庭についての情報提供票［愛知県版］

様式１

～本票は、児童虐待防止法第４条及び同法第13条の3に基づく自治体間の個別事例に関する情報提供である～

**□　ＤＶ被害の可能性のある者に関係する情報のため取扱注意（□にチェックをすること）**

　　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：　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 児の氏名 | | ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 　　　 年 月 日生（　　歳　　か月）　第　　子 | | | | | | | | | | |
| 家庭の  状況  ※内縁関係、  同居人等も  記載する  ※欄は適宜、  追加・削除して  ください | | 続柄 | 氏　名 | | 生年月日 | 年齢 | 職業等  （きょうだいの施設入所等） | | | 同居の有無 | 経済状況 | |
|  |  | |  |  |  | | |  | 生活保護受給　 ・無 ・有 ・未把握 | |
|  |  | |  |  |  | | |  |
|  |  | |  |  |  | | |  |
|  |  | |  |  |  | | |  |
|  |  | |  |  |  | | |  |
|  |  | |  |  |  | | |  |
| 家族関係  （ジェノグラム）  ※欄は適宜、  拡大・縮小して  ください | |  | | | | | | | | | | |
| 転出前  居住地 | | Tel 携帯TEL　　　　　　　　　　 　住民票：有・無 | | | | | | | | |  | |
| 転出後  居住地 | | Tel 　　　　　 　　携帯TEL　　　　　　　　 住民票：有・無・未把握 | | | | | | | | | 転出  時期 | 年　　月　　日 |
| その他  連絡先 | | Tel （実家・その他　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 情報提供 の目的と その理由 | |  | | | | | | | | | | |
| 妊娠/出産時の情報 | | 特定妊婦　　・非該当　　　　・該当（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・未把握  妊娠届の届出週数　妊娠　　週 ・なし　　　　妊婦健診受診　・あり（　　　回）　・なし　　・未把握  〔リスクありの項目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  その他の状況 | | | | | | | | | | |
| ・出生医療機関　（　　　　　　　　　　　　　）　　　・ 在胎週数　（　　　　　）週　　　　　・未把握  ・体　重　　　　　　　　ｇ  ・出生時の異常　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  1/2 | | | | | | | | | | |
| 児の直近の発育･発達状況 | | （　　 年 月 日　　　　　　　　　　　健診･訪問･面接時に把握）  様式１    体重 （　　　　　　　　）ｇ 身長 （　　　　　　　　）㎝　　　　　　　　・未把握  特記事項 | | | | | | | | | | |
| 提供  サービス | | ・家庭訪問  ・保育所等所属機関　　　無・有（機関名：　　　　　　　　　　　　　　）  ・養育支援訪問事業  ・保健師等専門職による訪問  ・産後ケア事業  ・その他サービス  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・全て利用せず | | | | | | | | | | |
| 養育上の  問題 | | 本児の健康状態等 | | ・未把握　　　・問題なし　　・小児慢性特定疾病　　無・有（　　　　　　　）  ・心身の障がい　無・有（　　　　　　　　）　・その他の健康状態（　　　　　　） | | | | | | | | |
| きょうだいの様子 | | ・未把握　　　・きょうだい　　無　・有  ・有の場合の健康状態等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 養育者の健康状態等 | | ・未把握　・疾患　　無・有　（　　　　　　　　　　　　　）  ・心身の障がい　　無・有（　　　　　　）・その他の健康状態（　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 養育者の養育態度・  子どもへの思い | | ・未把握　 ・拒否的　 ・無関心　 ・過干渉　 ・権威的 　・暴力（疑い含む）  ・養育能力不足　 ・その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 生活環境で気になること | | ・未把握　　・無　　　・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 支援者の受け入れ | | ・未支援　　・有の場合担当保健師との関係　良・悪　　・訪問等拒否　有・無 | | | | | | | | |
| 育児支援者 | | ・未把握　　・ 有（　　　　　　　　　　　　） 　・　 無 | | | | | | | | |
| 予防接種の状況  （接種済に〇） | | ・未把握　　　・Hib 　　・肺炎球菌　　・DPT-IPV　　・BCG　　・MR  ・水痘　　　　 　・日本脳炎 ・その他（　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 訪問・健診受診　等  （受診済に○）  （　）内は訪問職種に〇 | | ・新生児訪問（保健師・助産師）　　・乳児家庭全戸訪問（保健師・助産師・その他）  ・乳児一般　　・3～4か月児健診　　・後期健診　　・1.6歳児健診　　・3歳児健診  ・育児相談等の利用　無　・　有（　　　　　　　　　　　　　　）　・全て受診せず | | | | | | | | |
| かかわりの経過  ※欄は適宜、  拡大・縮小して  ください | |  | | | | | | | | | | |
| その他特記事項（※欄は適宜拡大・縮小してください） | | | | | | | | | | | | |
| ケース  担当者 | 所属  氏名  電話 | | | | | | | 添  付  資  料 | 2/2 | | | |

様式2

様式２

乳幼児健康診査未受診家庭への支援結果報告票［愛知県版］

～本票は、児童虐待防止法第４条及び同法第13条の3に基づく自治体間の個別事例に関する情報提供である～

**□　ＤＶ被害の可能性のある者に関係する情報のため取扱注意（□にチェックすること）**

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 | 所属：　　　　　　　　　　　　　氏名： | |
| 児の氏名 | ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　男・女 　　 年 月 日生（　　歳　　か月） | | | |
| 転入前住所 |  | | | |
| 現住所 |  | | | |
| 訪問  (対応)日 | 年　月　日 | 訪　問  対応者 | | ・父　　・母　　・その他（　　　　　　　　　　） |
| 訪問（対応）時の状況  ※欄は適宜、拡大・縮小してください |  | | | |
| 今後の方針  ※欄は適宜、拡大・縮小してください |  | | | |
| その他  連絡事項  ※欄は適宜、拡大・縮小してください |  | | | |
| ケース  担当者 | 所属  氏名  電話 | | | |

【健診案内送付文例】

例文１

〇〇健診のご案内

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

＜日時＞

　　平成〇〇年〇〇月〇〇日（〇）

　　受付時間：午後〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分

＜場所＞

　　〇〇市立保健センター

　　　住所：〇〇市〇〇〇〇××番地

　　　電話：〇〇〇―〇〇〇―〇〇〇〇

＜持ち物＞

　　同封の問診票、母子健康手帳、〇〇〇〇

＜その他＞

**《お願い》**

　〇〇市では、毎月〇〇児健診を行っております。この健診は、お子様の健やかな成長や発達を確認し、今後の健康や育児について保護者の皆様とご一緒に考えるために、全ての子どもさんを対象にご案内を行っております。

　ご都合により、健診を受けることができない場合には、必ず下記までご連絡下さい。健診に来られず、お子さんにお会いできない場合は、保健師等が家庭訪問をして、お子さんのご様子をお伺いしたり、児童福祉課等他の部署に問い合わせることがあります。

〇〇市保健センター

電話：〇〇〇－〇〇〇〇

【未受診連絡票例】

〇〇市では、すべてのお子さんが健やかに成長し、ご家族の方に安心して養育していた

だけるよう支援を行っております。

　今回ご案内しました健診を受診されない場合は、お手数ですが、以下の質問にお答えの

上、同封しております健診の問診票（アンケート）と一緒にご返送ください。

なお、お電話でのご連絡も受け付けておりますので、担当者までご連絡くださいますよう

お願いします。

未受診連絡票

**お子さんの名前　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日**

**住所　　〇〇市**

**連絡先電話番号　(　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　（自宅・携帯　　　　　）**

※日中に連絡のつくところ（電話番号）を記載してください。

**健診を受診されない理由について、あてはまる番号に〇をつけて必要事項を記入してください**。

１　別のところで健診をうけた（医療機関名　　　　　　　　　・幼稚園の健診・保育所の健診）

　　　　　　　　　　　　　　（他の市町村　　　　　　　　　市町村）

　　　受けた結果を記入ください⇒　異常なし　・　異常あり（　　　　　　　　　　　　　）

２　市の健診を受ける予定　　予定（　　月　　日）

３　入院中または通院中の場合は以下に記入してください

　　　（病名：　　　　　　　　　　　）（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　別のところに住んでいる　　（現住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

５　健診を希望しない（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

６　仕事が忙しい

７　保育所・幼稚園等に通っている

　　　（保育所・幼稚園等名：　　　　　　　　　　　　）電話（　　－　　　　－　　　　　）

８　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**お子さんのことやご家族のことで心配なことや相談したいことがありましたらご記入ください**

※ご回答いただいた内容に基づき連絡さしあげたり、保育所や幼稚園等に連絡する場合がありますのでご了承ください。

○○市保健センター　電話：〇〇〇－〇〇〇〇　　担当者　〇〇

例文２

例文3

家庭訪問時の不在メモ

　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分頃お訪ねしましたがお留守でした。

　お子さんは元気にしておられますか。

　お子さんの〇〇健診に来られなかったので、お訪ねしました。

　〇〇市では、乳幼児健康診査に来られなかったお子さんについては、保健師が直接お子さんにお会いして、発育や発達の状況等を確認することとしております。

　お子さんについてもぜひお会いしたいので、ご家族の方からのご連絡をお待ちしております。下記までお電話をいただきますようお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇〇市立保健センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当保健師　　　〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　〇〇〇―〇〇〇〇

例文4

不在メモへの反応がない場合の最後通告のメモ

　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分頃お訪ねしましたがお留守でした。

（　　　月　　　日（　　）、　　月　　　日（　　）・・・もご不在でした）。

　お子さんは元気にしておられますか。〇回お訪ねし、お手紙を入れておりますが、ご連絡をいただけませんでした。

　〇〇市では、乳幼児健康診査に来られず、家庭訪問をしてもお子さんにお会いできないときは、お子さんの様子を確認できないため、〇〇市の児童虐待担当課にこの状況を伝えることになっています。

お子さんのことを心配しており、ぜひともお会いしてお元気な様子を確認したいので、　月　　日（　　）までに必ずご連絡下さい。

　もし、ご連絡いただけない場合は、〇〇市の児童虐待担当課に連絡させていただきます。

　ご家族の方からのご連絡をお待ちしておりまので、下記まで必ずお電話をいただきますようお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〇〇市立保健センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当保健師　　　〇〇

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　〇〇〇―〇〇〇〇