

ご退院に向けて

当院では育児支援を目的に愛知県周産期医療協議会や地域の保健所・保健センターなどの保健機関と協力体制をとっております。入院中のお子さまの様子やご家族の要望など、育児支援に必要と思われる情報を保健機関に連絡することは、適切なサポートに有用です。

以下はこの連絡に関するご家族のご同意の確認と、保健機関に対するご要望をおききするためのものです。ご遠慮無くご記入下さい。お子様の健やかな成長発達を支援させて頂きたいと存じます。

なお、今回何らかの理由で連絡を希望されない場合でも、いつでも保健機関にサポートを依頼することができます。

医療機関名称：

(様式第1)

医療機関—保健機関「連絡申込み票」

主治医・看護師長殿、

退院後に十分な保健サービスを受けるため、保健機関への連絡を希望します。病院から保健機関に連絡票などを用いた連絡に同意します。 お申し込み日：()年()月()日

患者様 氏名： _____ ()年()月()日生 (男・女)

保護者(同意者)様氏名： _____ 続柄(父・母・)

現住所： 〒□□□ - □□□□ 電話：() — () — ()
_____ 市・郡 _____ 区・町・村 _____ 番地 _____

(アパート名等) _____

里帰り先： 〒□□□ - □□□□ 電話：() — () — ()
_____ 市・郡 _____ 区・町・村 _____ 番地 _____

(アパート名等) _____

様方

1. 連絡希望先をご記入ください。

a.住所先 b.里帰り先 c.その他 ()

2. 保健機関から受けてみたい保健サービスの内容を選んでください。(病院ともご相談のうえご記入ください)

a.早期に家庭訪問を受けたい b.保健師などに相談をしたい c.福祉サービス等利用の支援を受けたい

d.他機関や教室を紹介してほしい(施設等名等：)

e.その他 ()

3. サービスを受けたい理由や保健機関にお伝えにされたいことなどがございましたら、ご記入ください。

4. 現在のお気持ち、ご退院後の生活に向けての心配やご不安がございましたら、ご記入ください。

ご退院に向けて

当院では育児支援を目的に愛知県周産期医療協議会や地域の保健所・保健センターなどの保健機関と協力体制をとっております。入院中のお子さまの様子やご家族の要望など、育児支援に必要と思われる情報を保健機関に連絡することは、適切なサポートに有用です。

以下はこの連絡に関するご家族のご同意の確認と、保健機関に対するご要望をおききするためのものです。ご遠慮無くご記入下さい。お子様の健やかな成長発達を支援させて頂きたいと存じます。なお、今回何らかの理由で連絡を希望されない場合でも、いつでも保健機関にサポートを依頼することができます。

医療機関名称：

(様式第1)

医療機関—保健機関「連絡申込み票」

主治医・看護師長殿、

退院後に十分な保健サービスを受けるため、保健機関への連絡を希望します。病院から保健機関に連絡票などを用いた連絡に同意します。 お申し込み日：()年()月()日

患者様 氏名： _____ ()年()月()日生 (男・女)

保護者(同意者)様氏名： _____ 続柄(父・母・)

現住所： 〒□□□ - □□□□ 電話：() — () — ()
_____市・郡 _____区・町・村 _____番地

(アパート名等) _____

里帰り先： 〒□□□ - □□□□ 電話：() — () — ()
_____市・郡 _____区・町・村 _____番地

(アパート名等) _____

様方

1. 連絡希望先をご記入ください。

- a. 住所地の保健所・保健センター 保健機関名 ()
 b. 里帰り先の保健所・保健センター 保健機関名 ()
 c. その他 ()

2. 保健機関から受けてほしい保健サービスの内容を選んでください。(病院ともご相談のうえご記入ください)

- a. 早期に家庭訪問を受けたい b. 保健師などに相談をしたい c. 福祉サービス等利用の支援を受けたい
 d. 他機関や教室を紹介してほしい(施設等名等：)
 e. その他 ()

3. サービスを受けたい理由や保健機関にお伝えにされたいことなどがございましたら、ご記入ください。

4. 現在のお気持ち、ご退院後の生活に向けての心配やご不安がございましたら、ご記入ください。