

家庭訪問連絡票（ハイリスク児・長期入院対象児）

訪問 年月日	年 月 日(生後 月 日)		訪問担当者		
児の氏名 ふりがな	男 女 (年 月 日生)		住所 保護者氏名		
出産 予定日	年 月 日		診断名		
訪問時の 状況	計測	体重 ※()より ()g/日増 身長 胸囲 頭囲	g cm cm cm	栄養 母乳・混合・人工 母乳 ()回/日 人工 (ml)×()回 哺乳力(良・不良)	身体 状況 便回数 ()回/日 便性状(軟・硬) 便の色 ()
	育児環境・ 育児状況	医療機関等 で行った退院指 導の実施状況			
		育児の問題点 母の不安	☐ あり(育児手技・愛着形成・経済状態・協力体制・負担感・母の育児態度) ☐ なし		
		家族からの 育児支援 (家族関係・ 家庭環境等)	☐ あり(父親・その他の家族・その他[]) ☐ なし		
		地域との交流 (相談できる人 の有無)	☐ あり(育児サークル・近隣の住人・その他[]) ☐ なし		
		指導事項	☐ 哺乳 ☐ 清潔・皮膚の手入れ ☐ 股関節脱臼予防 ☐ 外気浴 ☐ 事故防止 ☐ 乳幼児健診・予防接種 ☐ 育児サークル等の利用 ☐ 地域の相談窓口 ☐ その他:		
	母の 状況	産後健診	☐ 受診(月 日) ☐ 未受診		
		身体状況			
		生活状況	現在の就業(無・有)[産後休暇(有・無)、育児休暇(無・有: 年 月まで)]		
		訪問時の 母の様子			
指導事項		☐ 身体復古 ☐ 乳房管理 ☐ 産後の栄養と休息 ☐ 家族計画 ☐ その他:			
まとめ (地域で 行った指導 等)					
今後の 支援	フォロー内容 [] フォロー方法 []				
※ 医療機関等に情報提供することについては、(父・母)の了解を得ています。					

記録日 (年 月 日)

<連絡先> 市町村名 担当保健師名 電 話