

面接日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------|------------------|-----|---------------------|--|
| 妊婦氏名 | | | | | | |
| 同席者：あり（ ）・なし | | | | | | |
| 面接 <div style="float:right; width:20%; font-size: small;">ジェノグラム （胎児から見て２親等までは確認）</div> | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 相談・指導 | 出産準備クラス | | 子育てサービス・制度等 | | 妊婦のための支援給付/伴走型相談支援 | |
| | 業務の軽減について事業主への相談 | | 保育コンシェルジュ | | 産後ケア事業 | |
| | 麻疹抗体検査・予防接種 | | 赤ちゃん訪問（出生通知票の送付） | | 感染予防(先天性トクトラマ症など) | |
| | 上の子に関する相談 | | | | | |
| | 指導事項 | 喫煙（受動喫煙含む） | 飲酒 | 食生活 | | |
| | 指導内容（ | | | | ） | |
| | その他（ | | | | ） | |
| | 転出予定(時期：未定　年　月頃) | | | | | |
| 対応 | 育児パッケージ渡し　済 | | 子育てプラン説明　済 | | | |
| | １．次回、赤ちゃん訪問 | | | | | |
| | ２．面接した専門職からの連絡 | | 月頃フォロー（内容： | | ） | |
| | ３．支援プランへ（地区担当保健師の紹介） | | | | | |
| | 【プラン内容】 | | | | | |
| | 若年(妊娠届時点で２２歳以下、過去の１０代での妊娠・出産含む) | | | | | |
| | 経済的問題 | 妊娠についての気持ち | 妊娠後期（２０週以降）の妊娠届 | | | |
| | 多胎 | 妊婦の心身の不調 | 支援者不在(支援者０名) | | | |
| | 外国籍の妊婦で、日本での妊娠・出産に支援を要すると考えられる者 | | | | | |
| その他（ | | | | ） | | |
| ４．子育て支援総合センター(連携担当)の支援対象 | | 勸奨ちらし(子家職員同席なし)：済 | | | | |
| 若年(妊娠届時点で２５歳以下) | | 支援者１名以下 | | | | |
| 【支援プラン時の対応】 | | | | | | |
| 継続支援について本人への説明　済 | | | | | | |
| 地区担当へ連絡：特記事項（ | | | | ） | | |
| 面接者 | 所属　健康推進課 | | 氏名： (自筆) | | 入力者氏名 (/) ／ | |