

妊産婦メンタルヘルス 自治体 - 医療連携票

作成日： 年 月 日

宛先：

氏名： 御中・先生・様

差出：（自治体名・部署名）	
担当者氏名：	（職種： ）
担当者連絡先：Tel	Fax
E-mail	

1. 対象者基本情報

氏名（フリガナ）	（ ）
生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	
週数・産後経過	妊娠 週 / 産後 ヶ月（ 第 子）
産科的特記事項	合併症など：
職業：	（ ） ☐ 産休中 ☐ 育休中

2. 紹介の目的・主な症状

【目的】 ☐事例相談 ☐診察依頼 ☐くすりの調整 ☐入院検討 ☐緊急受診希望
☐その他（ ）

【症状】 ☐不眠（☐全く眠れない ☐寝つけない ☐中途覚醒 ☐昼夜逆転 ☐その他）
☐抑うつ ☐不安 ☐精神病症状（幻覚妄想・興奮・昏迷など）
☐その他（ ）

【困りごと】 ☐育児が（☐不安, ☐苦痛, ☐拒絶）
☐死にたい, 消えたい ☐今後の生活の不安 ☐対人関係の不安
☐その他（ ）

3. 客観的評価（スクリーニング）結果

EPDS（エジンバラ）	点 / 30 点（うち問 10： 点）
うつ, 不安の症状評価	☐ PHQ-9： 点 ☐ GAD-2： 点 ☐ GAD-7： 点
その他の評価スケール	（ ）： 点
赤ちゃんへの気持ち質問票	点

4. 緊急性と生活・育児機能

緊急性： ☐あり ① ☐希死（自殺）念慮, ☐自傷, ☐自殺企図

② ☐急激な精神病症状（幻覚, 妄想, 興奮, 昏迷など）

③ ☐周囲の人を傷つけるおそれ

☐なし

生活・育児機能低下： ☐重度 ☐中等度 ☐軽度 ☐低下なし

5. 社会的背景・既往

・精神科既往： ☐なし ☐あり（病名： / 通院先： ）

・家族支援： ☐あり（夫・実家等） ☐なし（孤立） ☐パートナー不和 ☐DV 疑い

・経済状況： ☐問題なし ☐困窮・不安あり

・自治体支援： ☐訪問実施中 ☐児相連携

・産後ケア利用： ☐宿泊型 ☐訪問型 ☐日帰り型

6. 医療機関へ特に確認・相談したい点