

診療情報提供票 (HTLV-1フォローアップシート)

記入日:平成 年 月 日 連絡先: ()

医療機関名称: _____ 記入者氏名: _____

妊産婦氏名		出産予定日		平成	年	月	日
妊娠中の情報	医療機関での指導事項	・HTLV-1抗体検査の精査について ☐ 陽性 ☐ 判定保留 ☐ 陰性 ☐ 未実施【理由：					
		(以下 精査の結果、陽性と判断された場合に記入)					
	・HTLV-1の精査・精査結果の説明について ☐ 説明を実施した ☐ 説明を実施していない ・説明を実施した場合 説明実施日：平成 年 月 日 説明実施者： 説明を受けた人：☐本人 ☐夫 ☐実母 ☐実父 ☐義母 ☐義父 ☐兄弟（ ） ☐その他（ ） 説明内容 ☐ HTLV-1感染症について（ ） ☐ 妊娠・出産・授乳について（ ） ☐ 児や家族の感染予防について（ ） ☐ その他（ ） 説明に対する理解：☐理解している ☐あまり理解していない ☐不明 本人の受け止め方：☐肯定的 ☐否定的 ☐不明 ・説明を実施していない場合 理由 						
家族関係	・妊産婦がキャリアだと知っている人はいるか ☐ いる ☐ いない ・知っている人がいる場合 ☐夫 ☐実母 ☐実父 ☐義母 ☐義父 ☐兄弟（ ） ☐その他（ ） ・知っている人がいない場合 ☐支援者はいるが、知らせていない ☐知らせる人がなく、孤立している						
	出産後の情報	栄養方法等 ・栄養方法の選択について ☐ 完全人工栄養 ☐ 短期母乳栄養 ☐ 凍結母乳栄養 ☐ 長期母乳栄養 ・選択した栄養方法の具体的な説明について ☐ 説明を実施した ☐ 説明を実施していない ・授乳方法やHTLV-1について相談できる人はいるか ☐ いる（相談者： ） ☐ いない					
今後の対応		・保健師フォローの必要性 ☐ あり ☐ なし ・今後の保健師のかかわりについて、妊産婦は同意しているか ☐ 同意している ☐ 同意していない ・担当保健師に希望する支援内容 ・支援内容 ☐栄養面 ☐精神面 ☐生活面 ☐医療面 ☐家族関係 ☐育児支援 ☐その他（ ） 具体的な支援					

※この用紙から収集した個人情報、母子保健事業以外の目的には使用しません。

※妊産婦のプライバシー保護のため、取扱いには十分注意し、市町村母子保健担当課保健師あてに提出してください。