

支援経過・結果報告書

参考資料 1

平成 年 月 日

様

貴機関から平成 年 月 日にご連絡いただいた要支援児童等について、現在までに次のとおり支援を行いましたので報告します。

対象者	子ども	フリガナ		平成 年 月 日生	男・女	第 子
	保護者	父 フリガナ	母 フリガナ	予定日:平成 年 月 日	現在妊娠()週	
		生年月日 年 月 日 (歳)	生年月日 年 月 日 (歳)			
住所	☎ (自宅・実家・その他)					

本人への説明	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	本人からの同意	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
--------	---	---------	---

【市町村の支援方針】

<input type="checkbox"/> 乳幼児健康診査やその他の母子保健サービス等で養育状況を確認します。 <input type="checkbox"/> 保護者(養育者)の身体面・精神面・育児不安等の支援を要するため、継続して支援します。 <input type="checkbox"/> 子どもの発育・発達支援のため継続的に支援します。 <input type="checkbox"/> 関係機関()とともに養育状況の確認を継続します。 <input type="checkbox"/> 子どもの発達状況、養育状況を確認した結果、支援を終了します。 <input type="checkbox"/> その他 ()

【問題点及び今後の援助計画】

--

【連絡(依頼)事項】

--

【担当者】

所属名		担当者(職種)	
住所		電話	