

《様式 7-3》 (母子保健担当者 → 支援センター)

育児支援報告書(聴覚障がい)

きこえの支援センター  
 \_\_\_\_\_ 担当者様

年 月 日

市町村名 :  
 連絡先 :  
 担当者名 :

以下のとおり、支援の状況を報告します。

ふりがな 児の名前			
児の生年月日	年	月	日生 性別
ふりがな 保護者名			
被面接者	母親 ・ 父親 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他 ( )		
住所			
電話番号			
種別	訪問 ・ 電話 ・ 健診時 ・ その他 ( )		
訪問指導などの 状況	年 月 日 対応		
その他の 報告事項			
今後の支援 内容・方針	1. 継続支援 2. 健診などでの経過観察予定 3. その他 ( )		
担当者	市町村名		担当課名
	担当者名		
	電話番号		