鹿児島県

（ 表 面 ）

ＨＴＬＶ－１　フォローアップシート

（陽性と判定された場合に使用）

　　 生年月日　　年　　月　　日（　　）歳

　住　　所

　連 絡 先

出産予定日 　 　　　　年　　月　　日（第　　子）

**❤　ＨＴＬＶ－１についての検査説明**

　説明を受けた日　　　　　年　　月　　日

　説明者　　　　　　主治医・その他（　　　　　　　　）

　説明内容　　　　　わかった　　よくわからなかった

**❤　ＨＴＬＶ－１抗体が陽性という結果に対する説明**

　説明を受けた日　　　　　年　　月　　日

　説明者　　　　　　主治医・その他（　　　　　　　　）

　説明内容　　　　　わかった　　よくわからなかった

**❤　授乳方法の説明と決定について**

　説明を受けた日　　　　　年　　月　　日

　説明者　　　　　　主治医・助産師・その他（　　　　　　　　）

　説明内容　　　　　わかった　　よくわからなかった

決めたのは　　　　　　　年　　月　　日　妊娠　　　週のとき

　　・完全人工栄養（ミルク）にする。

（母親が母乳栄養を希望する場合）

　　・生後９０日未満まで母乳をあげる。（短期母乳）

　　・母乳を搾って冷凍，解凍してあげる。（凍結解凍母乳）

**❤　授乳に関して不安に思っていること**

・短期母乳と凍結解凍母乳の具体的な方法について

　　　・短期母乳を止める時期や方法について

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**❤　授乳方法やＨＴＬＶ－１について，相談できる人**

　・いる　　主治医，助産師，保健師，パートナー，家族(続柄　　　　　)，

ＨＴＬＶ－１キャリアの友人，その他（　　　　　　　）

　・これから探す

　・紹介して欲しい

（子どもに対する追跡調査用（３歳以降））児氏名　　　　　　　生年月日

**❤　子どものＨＴＬＶ－１抗体検査**（予定　　年　　月頃）

　実施日　　　　　　　　　年　　月　　日（　　歳）

（ 裏 面 ）

|  |  |
| --- | --- |
| 出生後 | フォローアップのポイント |
| 1か月 | ・選択された乳汁栄養法の確認・母親の不安への対応 |
| 2か月 | ・短期母乳栄養を選択した母親に対する母乳中断の準備について指導・乳汁の種類の有無に関わらず母親が不安を訴える場合に対応 |
| 3か月 | ・短期母乳栄養を選択した場合，生後９０日時点で母乳中断が実施できたかを確認・乳汁の種類の有無に関わらず母親が不安を訴える場合に対応 |
| 4か月以後 | ・通常の健診スケジュールで対応・乳汁の種類の有無に関わらず不安が強い場合には，随時対応 |
| 3歳以降 | ・HTLV-1抗体検査の説明と意思決定支援・スクリーニング検査の陽性者にはLIA法による確認検査 |