養育医療を申請される方へ

わかる範囲で太枠内にご記入ください。

フリガナ			生年月日	平成　年　月　日	
児氏名		男・女	出産予定日	平成　年　月　日	
日中に連絡がつく電話番号を ご記入ください。	自　宅				
	携帯父		携帯母		

① 妊娠中に次のようなことがありましたか。

□切迫流産・早産　□妊娠高血圧症候群（高血圧・浮腫・蛋白尿）　□早期破水

□胎盤早期剥離　□前置胎盤　□多胎（双子・三つ子等）　□貧血

□救急車搬送　□気持ちが不安定になった　□その他（　　）

※妊娠中健診を受けていた医療機関の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※妊娠中母親（両親）学級は受けましたか。　□はい（医療機関・保健センター）　□いいえ

② 出産時に次のようなことがありましたか。

□帝王切開　□吸引分娩　□仮死　□逆子　□輸血　□その他（　　）

※出産した医療機関の名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

在胎週数　　週　　日　出生時体重　　g

③ 現在の赤ちゃんの様子と今後の見通しについて医師からどのような説明をうけましたか。

※赤ちゃんの退院の予定　□有（　　月　　日頃）　□未定

④お母様のご様子はいかがですか。

□自宅にいる。

□入院している。医療機関名称 ＿＿＿＿＿＿　退院予定　□有（　月　日頃）□未定

□里帰り中である。　里帰り先　住　所 ＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿

世帯主名 ＿＿＿＿＿＿

期　間　平成　年　月　日頃まで

※　お母さんの心身の状態で困っていることがありますか。

□ある（不眠・涙もろい・イライラ・疲れやすい　）　□ない

⑤お母さんが育児について相談できる人はいますか。

□いる　（どのような関係の方ですか。　）　□いない

⑥お母様や赤ちゃんが退院後、保健師などが訪問しますが連絡先はどこですか。

□自宅　□里帰り先　□その他（住所　TEL　）

⑦ご心配なこと、お困りのことはありませんか。

【情報提供について】

この情報は、プライバシーの保護に十分配慮し、家庭訪問や乳幼児健診などの健康管理の目的以外には一切使用されることはありません。以上の主旨をご理解の上ご記入ください。

□了解する

申請者署名 ＿＿＿＿＿＿　（児との続柄　）

□了解しない

【事務処理欄】　（保健センター　記入）