

産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

丹波篠山市長 様

年 月 日

次のとおり丹波篠山市産後ケア事業の利用を申請します。 [  新規  追加 ]

利用希望者(母親・乳児等)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒			電話	
	出産医療機関		出産日	年 月 日 (在胎 週) <input type="checkbox"/> 帝王切開		
	ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生体重	g
	多胎の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生体重	g
	兄弟利用の場合 ふりがな 児氏名	※兄弟利用は、別途自己負担があります。また、実施機関は少ないため、利用出来ない場合があります。				
世帯構成	氏名	利用者(養育者)との続柄	生年月日	年齢	職業	
			年 月 日			
			年 月 日			
	※上記以外の同居家族		年 月 日			
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)					

(※1)ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承下さい。

種別	申請内容	利用希望日(※1)	希望事業所名(※1)
利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼・申請	月 日 ~ 月 日 ( 泊 日 )	第1希望 第2希望
	<input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼・申請	月 日 ( 時間)	第1希望
		月 日 ( 時間)	第2希望
<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼・申請	月 日 ( 時間)	第1希望	
	月 日 ( 時間)	第2希望	
申請理由・利用目的	<input type="checkbox"/> 母の体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 発達発育チェック・相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
同意書	① 本申請に関する内容を丹波篠山市産後ケア事業実施事業者に提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から丹波篠山市に情報提供することに同意します。 ② 申請にあたり、住民基本台帳による世帯状況、世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。 <div style="text-align: right;">利用者氏名 _____</div>		
留意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 丹波篠山市が実施機関への予約も含め依頼を行いますので、早めの申請をお願いします。		

【裏面の利用アンケートも記入ください】

丹波篠山市産後ケア事業利用【事前】アンケート

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

【ご自身について】

(1) 体調不良や不安はありますか □ いいえ □ はい → ( )
(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか □ いいえ □ はい → (いつ頃: ) 病名: ( )
(3) こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神クリニック等に相談したことがありますか □ いいえ □ 過去に相談したことがある □ 現在、相談している → (いつ頃から: ) →(いつ頃: ) (医療機関名: )
(4) 妊娠時の感染症の検査で陽性だったものはありますか □ いいえ □ はい (具体的に: )
(5) 食物等のアレルギーはありますか □ いいえ □ はい (具体的に: )
(6) 里帰りをしていますか (帰り先: □ 実家 □ 義実家) □ いいえ □ はい → (里帰り予定期間: ) 月 日 ~ 月 日
(7) 家事: 育児など周囲の援助はありますか □ いいえ □ どちらともいえない □ ある (主な援助者: )
(8) ご自身のことで、相談したいことはありますか □ いいえ □ はい → ( )

【お子さんについて】

多胎児の場合は、それぞれで記入ください

	児氏名:	児氏名:
(1) 出生時の異常の有無	□ なし □ あり ↓ ( )	□ なし □ あり ↓ ( )
(2) お子さんの体調やお子さんのケアで配慮が必要なことはありますか	□ いいえ □ はい ↓ ( )	□ いいえ □ はい ↓ ( )
(3) 授乳・離乳食の状況	<input type="checkbox"/> 母乳 時間毎 回 / 日 <input type="checkbox"/> ミルク ml / 回、回 / 日 <input type="checkbox"/> 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) (すでに食べている食材) 食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ □ はい ↓ (具体的に)	<input type="checkbox"/> 母乳 時間毎 回 / 日 <input type="checkbox"/> ミルク ml / 回、回 / 日 <input type="checkbox"/> 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) (すでに食べている食材) 食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ □ はい ↓ (具体的に)
(4) 排泄状況	便: 回 / 日 尿: 回 / 日	便: 回 / 日 尿: 回 / 日
(5) 育児について、不安に思っていることや困っていること相談したいことはありますか	□ いいえ (具体的に) □ はい → ( )	

ご協力ありがとうございます

