

産後ケア事業利用申請書

東近江市長 様

私は、次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。（□新規利用・□継続利用）

申請日： 年 月 日

| | | | | | |
|--|--|-----------------|----------|-------|-----|
| 利用者 | (ふりがな) 氏名 | () | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住所 | 東近江市 | | | 電話： |
| | 緊急連絡先 | 氏名 | 利用者との関係： | | |
| | | 住所 | 電話： | | |
| | (ふりがな) 児の氏名 ・性別 | () (性別：) | 母子健康手帳番号 | | |
| | | () (性別：) | | | |
| 出産（予定）医療機関名 | | 生年月日 (出産予定日) | 年 月 日 | | |
| 世帯構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| | | | 年 月 日 | | |
| 希望するサービス | 希望する利用期間・利用日 | 希望する利用時間（開始～終了） | 利用希望施設 | | |
| □短期入所（ショートステイ）型 | 年 月 日～ 月 日 | | 第1希望 | | |
| | 年 月 日～ 月 日 | | 第2希望 | | |
| □通所（デイサービス）型 | 年 月 日 | | 第1希望 | | |
| | 年 月 日 | | 第2希望 | | |
| □居宅訪問（アウトリーチ）型 | 年 月 日 | : ~ : | 第1希望 | | |
| | 年 月 日 | : ~ : | 第2希望 | | |
| 申請の理由 | <input type="checkbox"/> 身体的な負担、不安がある <input type="checkbox"/> 精神的な負担、不安がある <input type="checkbox"/> 育児について悩みがある <input type="checkbox"/> 日常生活について不安がある <input type="checkbox"/> その他 () 具体的な症状、不安に思っていること、産後ケア事業に期待していること等を記載してください。 | | | | |
| 配慮を要する事柄 | アレルギー：無 ・ 有 () | | | | |
| 希望のケア内容 | <input type="checkbox"/> 産婦の心身、栄養、生活相談 <input type="checkbox"/> 授乳相談、簡単な乳房ケア <input type="checkbox"/> 沐浴等の育児指導 <input type="checkbox"/> 乳児の発達、育児相談 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| ① 産後ケア事業利用申請及び事業の利用に必要な情報を事業所又は助産師に提供することに同意します。また、健康状態等について、事業所又は助産師から健康推進課に情報提供することに同意します。 ② 産後ケア事業利用の審査のため、健康推進課が必要な範囲で、住民基本台帳、同一世帯に属する者の市民税課税状況（個人番号（マイナンバー）を用いた転入前の他市区町村への照会を含む。）又は生活保護受給状況に関する資料を閲覧することに同意します。課税状況の確認が取れない場合証明書の提出が必要になる場合があります。 ③ 利用者の都合（体調不良等）により、日程を変更又は中止する場合において、キャンセル料を払うことに同意します。 ④ 母子のいずれかが感染性疾患（麻疹、風疹、インフルエンザ等）に罹患している場合は、利用できないことに同意します。 ⑤ 食事に係る費用は、利用料に含まれないため、別途事業所に支払うことに同意します。（食事提供がある短期入所型及び通所型の場合に限る。） | | | | | |
| 年 月 日 | | | 利用者氏名： | ⑨ | |
| (※) 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。 | | | | | |

利用前アンケート

産後ケア事業利用申請書の同意事項についてご確認の上ご署名されましたか？ 署名済

【問診項目】 産後ケア事業の利用申請に当たり、以下についてお答えください。

1 今回の産後ケア利用は何回目ですか？ _____回目

2 産後ケア事業を利用されたい理由をご記入ください

[]

3 現在、悩みや困っていることはありますか。

いいえ・はい→

[]

4 アレルギーや過去に大きな病気をしたことがある、または現在通院中、服薬中の病気はありますか？

いいえ・はい→

疾患名・服薬内容等

[]

5 現在までに、カウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか？

いいえ ・ 過去に相談していた ・ 現在、相談している

6 乳児について、産院または小児科から伝えられていることはありますか？

いいえ・はい→

[]

7 出生体重、在胎週数および直近に計測された体重を教えてください。

出生体重 () g

在胎週数 (週 日)

直近の測定 () g ・ (月 日測定)

8 分娩施設および分娩方法を教えてください。

分娩施設 ()

分娩方法 ()

9 利用についての御不明点あればご記入ください。

()

産後ケア事業利用中は、各事業所の規則を守ってお過ごしください。