

第1号様式（第6条関係）

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先） 弥富市長

申請者

住 所

氏 名

利用者との関係

電 話

産後ケア事業の利用について、次のとおり申請します。

利用者氏名 <small>ふりがな</small>		生年月日(年齢)	年 月 日(歳)
子の氏名 <small>ふりがな</small>	(男・女)	生 年 月 日	年 月 日
利用施設			
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
申請理由(該当番号に○印) 1 出産後の身体的な不調又は回復の遅れがあるため 2 出産後の心理的な不調により育児不安等があるため 3 家族等からの十分な育児、家事等の支援が受けられないため 4 1～3に該当しないが利用を希望するため			
産後ケア事業利用申請書及び事業の利用に必要な情報を委託医療機関に提供することに同意します。また、健康状態等について、委託医療機関から弥富市に情報提供することに同意します。 年 月 日 申請者氏名			

第2号様式（第6条関係）

産後ケア事業問診票

年 月 日

利用者	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	職業	
	住所	弥富市		里帰り先		
	連絡先	〈本人〉 〈 〉				
	子の氏名	(第 子)(男・女)		生年月日	年 月 日 (か月)	
	出産医療機関		妊娠期間	週 日	出生体重	g
	出生時の異常	無・有 特記事項 ()				
世帯構成	氏 名	続 柄	年 齢	氏 名	続 柄	年 齢
<p>【血液型・感染症】</p> <p>型 Rh () 不規則抗体 () 梅毒血清反応 () HBs抗原 () HCV抗体 () HIV抗体 () 風疹ウイルス抗体 () HTLV-1抗体 () クラミジア抗原 () B群溶血性連鎖球菌 ()</p> <p>【既往疾患・合併症】 ※病名と発症年齢を記入してください。</p> <p>無・有 (※)</p> <p>アレルギー 無・有 / 薬剤 () 食物 () 金属 () その他 ()</p> <p>手術歴 無・有 / (歳 術名:) (歳 術名:)</p> <p>輸血歴 無・有 / (年 月 理由:)</p> <p>現在服用中の薬剤やサプリメント 無・有 / ()</p> <p>【妊娠・分娩特記事項】</p> <p>無・有 (切迫流早産・頸管無力症・妊娠性糖尿病・妊娠高血圧症候群・貧血 HELLP症候群・子癇発作・弛緩出血・帝王切開・その他:)</p> <p>【産科歴】</p> <p>妊娠 (回) 出産 (回) 流産 (回) 早産 (回) 死産 (回) 中絶 (回) 不妊治療 (無・有)</p>						
産後ケア事業 で希望すること	<p>1 母の身体的ケア（乳房ケア、健康管理、休息、生活面の相談等）</p> <p>2 母の心理的ケアやカウンセリング</p> <p>3 赤ちゃんのケアや発育・発達の確認</p> <p>4 育児に関する相談（授乳、沐浴、スキンケア等）</p> <p>5 その他 ()</p>					