養育医療を申請される方へ

わかる範囲で太枠内をご記入ください

秩父市保健センター

(フリガナ)		生年月日		令和	年	月	日	
お子さんの名前		(男・女)		出生 予定日	令和	年	月 日	
日中連絡がとれる電話番号を ご記入ください		自宅	☎					
		父携帯	☎		母携帯	☎		
妊娠中	健診を受けていた医療機関名		(市町村)					
	母親学級の受講の有無		有 (医療機関・保健センター) ・ 無					
	次のようなことがありましたか ※当てはまるもの全てに○をつけて下さい		切迫流産・早産 妊娠高血圧症候群(高血圧・蛋白尿) 貧血 早期破水 前置胎盤 多胎(双子・三つ子等) 気持ちが不安定 救急車搬送 その他()					
出産時	出産した医療機関名		☐ 検診時と同じ		(市町村)			
	搬送先医療機関名 ※出産後に搬送された場合のみ記入		(市町村)					
	次のようなことがありましたか ※当てはまるもの全てに○をつけて下さい		帝王切開 吸引分娩 鉗子分娩 逆子 仮死 輸血 その他() 出生体重 g 在胎週数 週 日					
出産後	赤ちゃんについて	現在の様子と今後の見通しについて、医師からどのように説明を受けていますか						
		退院の予定日はいつですか		令和 年 月 日				
	お母さんについて	心身の状態で困っていることはありませんか。 ※当てはまるもの全てに○をつけて下さい		不眠 涙もろい イライラ 疲れやすい やる気が起こらない 性器出血 母乳関係 その他()				
		退院の予定日はいつですか		令和 年 月 日				
		退院後の滞り場所		自宅にいる ・ 里帰りしている(令和 年 月 日まで) 里帰り先住所(方) 里帰り先電話番号 - -				
		お母さんが育児のことについて相談できる人はいますか		夫 実母 実父 義母 義父 友人 その他()				
その他ご心配なことがあればお書きください								
<p>(情報の取り扱いについて)</p> <p>産婦・新生児・乳幼児家庭訪問、乳幼児健康診査、予防接種等の母子保健サービスは保健センターが行っております。今後これらのサービスをスムーズにご利用いただくために、今回の養育医療の申請内容を活用させていただきますことをご了解ください。</p> <p>なお、情報の取扱いはプライバシーの保護に十分配慮し、健康管理の目的以外には使用されることはありません。以上の趣旨をご理解のうえ、ご記入ください。</p>								
令和 年 月 日 申請者署名				お子さんとの続柄()				
面接日		面接者		申請者 父・母・その他()				