

あわらし産後ケア事業利用申込書兼問診票

あわらし市長 様

申込者 住 所 あわらし市
氏 名 (産婦との続柄：)
電 話

あわらし産後ケア事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申込みます。

| | | | |
|--|---|--|-------|
| 産婦氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 子の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 希望するサービス | 希望する日時 | 利用日数 | 希望施設 |
| <input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型 | 年 月 日～ 月 日 時間 () | 日 | |
| 家族構成及び状況 | ●母（産婦）の実家 育児支援者（有（ ）・無・不明・介護中） ●父（パートナー）の実家 育児支援者（有（ ）・無・不明・介護中） | | |
| 支援体制 | 家事・育児援助 | <input type="checkbox"/> 十分に得られない（日中の支援なし・夜間含め支援なし） | |
| | 相談者 | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 心配事を（夫・実母・友人）に打ち明けられない | |
| 妊産婦の状況 | 妊娠歴 | <input type="checkbox"/> 予定外の妊娠（望まない妊娠） | |
| | | <input type="checkbox"/> 若年の母（第1子を10代で出産） | |
| | | <input type="checkbox"/> 多胎妊娠 | |
| | 健康状態・身体状況 | <input type="checkbox"/> 慢性疾患 | |
| | | <input type="checkbox"/> 産後の不調（肩こり・腰痛・不定愁訴） | |
| | | <input type="checkbox"/> 乳房トラブル | |
| | 精神状態・知的能力 | <input type="checkbox"/> 強い育児不安 | |
| <input type="checkbox"/> うつ的 | | | |
| <input type="checkbox"/> 経済的問題等生活上のストレス | | | |
| その他 | <input type="checkbox"/> | | |
| 支援の必要性 | <input type="checkbox"/> 乳房硬結・乳房痛あり | | |
| | <input type="checkbox"/> 乳頭陥没等で直母困難 | | |
| | <input type="checkbox"/> 母乳育児を希望しているが、母乳不足の状況 | | |
| 【審査に係る調査及び情報共有に係る同意について】同意される場合は、チェックしてください。 <input type="checkbox"/> 産後ケア事業の利用に当たり、市が世帯状況や所得等必要な事項を公簿その他必要な方法により確認することに同意します。 <input type="checkbox"/> あわらし市と委託機関等が利用者の支援のために、必要な情報を共有することに同意します。 | | | |