

名取市産後ケア事業利用状況確認票

利用者情報	フリガナ				生年月日	年	月	日
	母の氏名					(歳)		
	フリガナ		性別	何子目	生年月日	在胎週数	出生時体重	
	児の氏名							
	フリガナ		性別	何子目	生年月日	在胎週数	出生時体重	
	児の氏名							
	出産医療機関名							
	住所	名取市						
電話番号	(自宅)			(携帯)				
	連絡の取れやすい時間帯							
緊急連絡先	氏名： 続柄 () 電話番号：							
申請理由・困っていること等	<input type="checkbox"/> 産後に家族等身近な人から家事・育児などの十分な支援が受けられない。 <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調があるので休みたい。 <input type="checkbox"/> 育児に不安があるため指導や相談を受けたい。 <input type="checkbox"/> 出産した産婦人科等から勧められた。 <input type="checkbox"/> その他困っていること ()							
特に利用を希望する内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 産婦の母体の管理に関する指導 <input type="checkbox"/> 産婦の心身のケアに関する指導 <input type="checkbox"/> 授乳、乳房ケアその他母乳による育児に関する指導 <input type="checkbox"/> 沐浴、おむつ交換等の日常生活における育児に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ()							
母子の体調	<母の体調> 妊娠経過 異常なし ・ あり () 出産 異常なし ・ あり (多量出血・その他) <input type="checkbox"/> 体調良 <input type="checkbox"/> 不調 () 治療の有無 無・有 () アレルギー (無 ・ 有)							
	<児の体調> <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不調 () 治療の有無 無・有 () 栄養法 (母乳 ・ 混合 ・ 人工乳)							
特記事項等								

受付担当者 ()

※市役所記入欄

利用について	承認	・	不承認	事業者への連絡日	年	月	日
				決定通知送付日	年	月	日

調整担当者 ()