

尼崎市産後ケア事業利用申請書



記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。(裏面あり)

申請日		令和 年 月 日			利用者番号	
申請者氏名	フリガナ			フリガナ		
				男・女		
住所	生年月日	昭和 平成	年 月 日 () 歳	生年月日	令和 年 月 日 () か月	
	〒 _____ <input type="checkbox"/> 尼崎市に住民登録しています					
電話	日中連絡のとれる連絡先			緊急連絡先	氏名	続柄
				電話		
世帯構成	氏名		続柄	生年月日	職業	備考
所得区分		<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
○母親の状況について						
・妊娠中の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ・不妊治療歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (期間: 治療内容:) ・健康状態 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾患・障害・不調あり (具体的に)						
○お子さんの状況について						
出生体重	グラム	在胎週数	週	出生時の異常	例) 仮死 チアノーゼ NICU入院の理由等	
妊婦健診	医療機関名			出生場所	医療機関名	
現在の健康状態		<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 疾患・障害等あり ()				
○育児の状況について						
・授乳方法 <input type="checkbox"/> 母乳のみ (1日 回授乳) <input type="checkbox"/> ミルクのみ (1回 cc × 1日 回授乳) <input type="checkbox"/> 混合授乳 (母乳 回 + ミルク cc × 回授乳) ・離乳食 <input type="checkbox"/> 始めている (回食) <input type="checkbox"/> 始めていない ・育児の協力者 <input type="checkbox"/> いる (具体的に) <input type="checkbox"/> いない						
○産後ケアの利用について						
相談内容	<input type="checkbox"/> 母体の心身の不調がある <input type="checkbox"/> 授乳について相談したい <input type="checkbox"/> 育児について不安があるので相談したい (具体的に記入してください)					
	希望する内容	<input type="checkbox"/> 母体の身体面・心理面についての相談 <input type="checkbox"/> 適切な授乳ができるためのケア <input type="checkbox"/> 子どもの発育状況についての相談 <input type="checkbox"/> 育児の手技についての具体的な指導及び相談				希望事業者

