

尼崎市訪問型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。

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		
	生年月日			生年月日		
住所	〒			<input type="checkbox"/> 尼崎市に住民登録しています		
	尼崎市					
電話	日中連絡のとれる連絡先			緊急連絡先		続柄
	氏名			氏名		電話
世帯構成	氏名		続柄	生年月日	職業	備考
所得区分	市民税課税世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯					
○母親の状況について						
・妊娠中の異常 無・有 (具体的に) ・不妊治療歴 無・有 (具体的に) ・健康状態 良い・悪い(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	無・有 (具体的に)	
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		良い・悪い (具体的に)				
○育児の状況について						
・授乳方法 <input type="checkbox"/> 母乳 1日 回 <input type="checkbox"/> 混合 母乳1日 回 + ミルク cc× 回 <input type="checkbox"/> ミルク 1日 回 cc× 回 ・離乳食 始めていない・始めている ・育児の協力者 無・有 (具体的に)						
○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				希望事業者

