

## 養育医療を申請される方へ

フリガナ			男・女 (どちらかに○)	生年月日	令和 年 月 日
乳児氏名				出産予定日	令和 年 月 日
日中に連絡がとれる電話番号をご記入ください		自宅 携帯(父・母) その他( )※当てはまるものに○をつけてください。			
妊娠中	健診を受けていた医療機関名	( 市町村)			
	母親学級(パパママ教室等)の受講の有無	有(医療機関・健康センター) · 無			
	次のようなことがありましたか ※当てはまるものすべてに○を付けてください	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	( 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 ※当てはまるものすべてに○を付けてください	帝王切開 その他(出生体重	吸引分娩 g	鉗子分娩 在胎週数	逆子 週
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、医師からどのような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すか。 ※当てはまるものすべてに○を付けてください	不眠 涙もらい 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			
	退院後の滞在場所	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。					

### 個人情報の取扱いについて

今回の養育医療の申請に関する内容は、家庭訪問や乳幼児健診などの母子保健事業に活用させていただきます。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。

申請者署名 \_\_\_\_\_

児との続柄 \_\_\_\_\_