別紙1

養育医療を申請される方へ

わかる範囲で太枠内にご記入ください。　　鶴ヶ島保健センター

ﾌﾘｶﾞﾅ		男・女 不明	生年月日	年　月　日 （出産予定日　月　日）
児氏名			妊娠週数	妊娠　週　日
			出生体重	g

日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。	自　宅			
	携帯父		携帯母	

①妊娠中に次のようなことがありましたか。	□切迫流産・早産　□妊娠高血圧症候群（高血圧・浮腫・蛋白尿） □早期破水　□胎盤早期剥離　□前置胎盤 □多胎（双子・三つ子等）　□貧血　□救急車搬送 □気持ちが不安定になった　□その他（　　）
医療機関の名称	
②出産時に次のようなことがありましたか。	□帝王切開　□吸引分娩　□仮死　□逆子　□輸血 □その他（　　）
医療機関の名称	
③現在の赤ちゃん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ましたか。
赤ちゃんの退院	□予定有（　月　日頃）　□未定
④お母様のご様子はいかがですか。	□自宅にいる。 □入院中。　医療機関名称 退院予定　□有（　月　日頃）□未定 □里帰り中。　住　所 電話番号 世帯主名 期　間　年　月　日頃まで
ご心配なことやお困りのこと	□ある（不眠・涙もろい・イライラ・疲れやすい □ない
⑤育児について相談できる人	□いる（どのような関係の方ですか。　） □いない
⑥退院先	□自宅　□里帰り先　□その他（住所 TEL　）

〔情報提供について〕

こちらの情報をもとに保健センターの保健師からご連絡をします。また、お母様や赤ちゃんが退院後、保健師が訪問します。

なお、情報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一切使用されることはありません。以上の趣旨をご理解の上、ご記入ください。

□了解する　★申請者署名　　★児との続柄（　）　□了解しない

面接日	・　・	面接者		申請者	父・母・他（　）