

養育医療を申請される方へ (わかる範囲で下記にご記入ください。) / インテーク票

(ふりがな) 児氏名		男・女	在胎週数	週	日	出生体重	g
生年月日	令和	年	月	日	出産予定日	令和	年 月 日
日中連絡が つく電話番号	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。 <input type="checkbox"/> 切迫流産・早産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 (高血圧・むくみ・蛋白尿) <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> 胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 前置胎盤 <input type="checkbox"/> 多胎 (双子・三つ子等) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 救急車搬送 <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定になった <input type="checkbox"/> その他 ()							
※妊娠中健診を受けていた医療機関名 _____ ※妊娠中、母親学級は受けましたか。 <input type="checkbox"/> はい (医療機関・市保健センター) <input type="checkbox"/> いいえ							
②出産時に次のようなことがありましたか。 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 逆子 <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> その他 () ※出産した医療機関名 _____							
③現在の赤ちゃんの体調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。 ※赤ちゃんの退院の予定 <input type="checkbox"/> あり (月 日頃・) <input type="checkbox"/> 未定							
④お母様のご様子はいかがですか。 <input type="checkbox"/> 自宅にいる。 <input type="checkbox"/> 入院している。医療機関名 _____ 退院の予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 日頃) <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 里帰り中である。里帰り先 住 所 _____ 電話番号 _____ 世帯主名 _____ 期 間 _____ 令和 年 月 日頃まで ※お母様の心身の状態で困っていることがありますか <input type="checkbox"/> 有 (不眠・涙もろい・イライラする・その他 _____) <input type="checkbox"/> ない							
⑤お母様が育児について相談できる人はいますか。 <input type="checkbox"/> いる (どのような関係の方ですか _____) <input type="checkbox"/> いない							
⑥お母様や赤ちゃんが退院後、保健師などが家庭訪問しますが、退院先はどちらですか。 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先 <input type="checkbox"/> その他 (住所 _____ 電話番号 _____)							
⑦赤ちゃんやお母様、赤ちゃんを迎えての生活などに関してご心配なこと、お困りのことはありませんか。							
⑧乳幼児健康診査・予防接種等の母子保健サービスをスムーズにご利用いただくために、地区担当保健師が今回の養育医療申請の内容を基に家庭訪問・ご相談に対応いたします。その際、養育医療機関と連絡をとることについてご了承いただけますか。情報は個人情報保護に十分配慮し、目的外の使用はいたしません。 <input type="checkbox"/> 了解する 申請者署名 _____ 児との続柄 _____ <input type="checkbox"/> 了解しない							
備考							
養育 NO _____ 面接日 _____ ・ _____ 面接者 _____ 申請者：父・母・他 ()							