様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

池田町産後ケア事業利用申請書

池田町長　　様

申請者住所

氏名

電話番号

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。この申請にあたり、町が住民基本台帳による世帯情報等を調査・照会、または閲覧することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（太枠内を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　　所 | | 申請者と同じ　□ | 池田町大字 | | | |
| 氏　　名 | | 申請者と同じ　□ |  | | | |
| 子の氏名 | | （第　　子）（単胎・多胎） | | | | |
| 出産（予定）日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 出産（予定）施設 | | |  | | | | |
| 出産施設からの退院日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 事業の種類 | 申請の種類 | | 利用する事業所の名称 | | | 利用開始（予定）日 | |
| □宿泊型 | □新規  □利用日数の追加  □事業所変更 | |  | | | 年　　月　　日～  　　　　日間 | |
| □通所型 | □新規  □利用回数の追加  □事業所変更 | |  | | | 年　　月　　日～  　　　　　日間 | |
| 利用する事業所と利用に関する合意はされていますか | | | | | | * はい | |
| 以前に、産後ケア事業の利用がある場合には選択、記載してください。 | | 事業の種類 | | | 事業所名称 | | 利用日数等 |
| 宿泊　通所 | | |  | | 日間 |
| 宿泊　通所 | | |  | | 日間 |
| 宿泊　通所 | | |  | | 日間 |
| 利用を希望する理由  （困っていることや心配なことなど、具体的に記入してください。） | | |  | | | | |

裏面の問診項目の記載をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 問診項目 | | | | | | |
| 家族状況 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 職業 | 備考 |
| 本人 |  | 年　月　日 |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |
| 特記事項 | | | | | |
| 妊娠中の状況 | 妊娠中の経過　　良好・問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  つわり（軽度・普通・重症・長引いた）  妊娠高血圧（有・無）　　　妊娠糖尿病（有・無）　　　貧血（有・無）  切迫流産・早産（有・無）　　その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 出産及び産後の状況 | 在胎　　　週　　児の体重　　　　　　　g　・　身長　　　　　　　cm  単胎・双胎児の保育器収容（有　　　　日間・無）  その他児の治療（有　　　　　　　　・無）  分娩時間　　　時間　　帝王切開（有・無）　　産後の母の貧血（有・無）  母乳分泌（良好・不良）　　児の栄養（母乳のみ・混合・ミルクのみ）  産後の母の心身の状況（良・不良　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

以下の問診項目を記載してください。

|  |
| --- |
| 個人情報の提供・閲覧に関する同意欄 |
| 池田町産後ケア事業を利用するにあたり、事業の利用に必要な範囲において、下記の個人情報を提供・閲覧することに同意します。  １　事業所に提供する個人情報の内容   1. 提出した池田町産後ケア事業利用申請書の写し 2. 池田町がこれまでに行った母子に関する相談、健診の情報 3. 母子がこれまで池田町産後ケア事業を利用した際の利用状況及び他事業所から受けた保健指導の情報   ２　閲覧する個人情報の内容　：住民基本台帳  　署名（自署）：　　　　　　　同意日：　　年　　月　　日 |

※以下は池田町記入欄です。

|  |  |
| --- | --- |
| 費用に乗じる割合 | 100分の80・100分の100 |