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。

フリガナ		男・女	生年月日	令和　　年　　月　　日
児氏名			出産予定日	令和　　年　　月　　日
出生体重　　g		在胎週数　　週　　日		
日中に連絡がつく電話番号	父携帯			
	母携帯			
	自宅			

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　☐早期破水　☐妊娠糖尿病

☐胎盤早期剥離　☐前置胎盤　☐多胎　☐貧血

☐救急車搬送　☐気持ちが不安定になった

☐その他（　　）

※妊娠中健康診査を受けていた医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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　☐鉗子分娩　☐新生児仮死　☐逆子　☐輸血

☐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　☐あり（　　月　　日頃）　☐未定

④お母さんの状況について伺います。

☐自宅

☐入院中　医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

退院予定　☐あり（　　月　　日頃）　☐未定

☐里帰り中　里帰り先　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

期間　　令和　　年　　月　　日頃まで

※お母さんの心身の状態で困っていることはありますか

☐ある（不眠・涙もろい・イライラする・疲れやすい・　　）☐ない

⑤お母さんが育児について相談できる人はいますか。

☐いる（どのうような関係の方ですか。　　）☐いない

⑥お母さんや赤ちゃんが退院後、保健師などが訪問しますが退院先はどこですか。

☐自宅　☐里帰り先　☐その他（住所　　TEL　　）

⑦ご心配なこと、お困りのことはありませんか。

備考（事務欄）面接日＿＿・＿＿・＿＿　面接者＿＿＿＿＿　申請者　父・母・その他（　　）