

越谷市産後ケア事業利用申請書兼連絡同意書

越谷市長 宛

申請日	年 月 日
・出産前	妊娠 週 (か月)
・出産後	お子さんの月齢 か月
申請者	フリガナ
住所	越谷市
電話番号	
利用者との関係	本人 ・ その他 ()

産後ケア事業（宿泊型・居宅訪問型・通所型）を利用したいため、下記のとおり申請します。
なお、申請にあたり、利用者世帯の市民税課税状況を調査することに同意します。
また、市が実施する子育て支援事業のため、健康づくり推進課及び利用事業者と、申請内容・利用状況について共有することに同意します。

記

申請の種類	☐ 1. 新規 ☐ 2. 継続				
母子健康手帳番号					
利用者の氏名	☐ 申請者と同じ	生年月日	年 月 日		
子の氏名	フリガナ	出生体重	g	第 子	
	男・女				
出産予定日	年 月 日	出産日	年 月 日		
利用種別	☐ 1. 宿泊型 ☐ 2. 居宅訪問型 ☐ 3. 通所型				
申請理由	☐ お母さんの体調不良（産後の体調の相談、体調に不安があるなど） ☐ 家族等からの産後支援が得られない ☐ 授乳や赤ちゃんの発育の相談 （母乳が足りているか、ミルクの量の相談、授乳方法や間隔の相談、体重ののびの相談） ☐ 育児手技の相談（赤ちゃんのお世話の仕方、沐浴の方法、育児全般の相談） ☐ 乳房状態の確認・相談				
検査結果について	以下の検査結果について、母子健康手帳をご参照の上、チェックをつけてください。 1. HBs抗原 ☐ 異常なし ☐ 異常あり 2. HCV抗体 ☐ 異常なし ☐ 異常あり 3. HIV抗体 ☐ 異常なし ☐ 異常あり 4. その他感染症 ☐ 異常なし ☐ 異常あり ()				

第1号様式（第7条関係）

ご利用にあたって下記についてお答えください。当てはまるものに○をつけてください。

① 出産後、家事・育児などの周囲の援助は十分ですか。 は い ・ いいえ

・いいえの方は、どのように足りてないと感じていますか。

② 体調に不安がありますか。 は い ・ いいえ

・はいの方は、どのようなことですか。

③ 過去に大きな病気をされたことが（または現在治療中の病気）はありますか。 は い ・ いいえ

・はいの方は、どのような疾患ですか。

④ こころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか。
現在相談している ・ 過去に相談したことがある ・ いいえ

・相談した方はどのような相談ですか。

⑤ 出産後の育児について、不安や困っていることがありますか。 は い ・ いいえ

・はいの方は、どのようなことですか。

⑥ 赤ちゃんのことで伝えておきたいことや心配なことはありますか。 は い ・ いいえ

・はいの方は、どのようなことですか。

⑦ 食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことがありますか。 は い ・ いいえ

・はいの方は、どのようなアレルギーですか。

⑧ その他、困っていることや気になることがあればご記入ください。

【担当者記入欄】

受付日

年 月 日

受付担当者

申請方法

☐1. 窓口 ☐2. 訪問：新生児訪問・その他（ ）

利用料区分

☐1. 市民稅課稅世帯 ☐2. 市民稅非課稅世帯 ☐3. 生活保護世帯

第1号様式（第7条関係）

＜産後ケア事業 審査会議資料＞

●家族構成 ※両祖父母・兄弟姉妹・その他家族、年齢、職業まで細かく聞きとること。

--

●母の疾病について

身体的疾患	☐ な し	
	☐ あ り（病名： ） （かかりつけ医： ）	
精神的疾患	☐ な し	
	☐ あ り（病名： ） （現在の内服の有無： ） （かかりつけ医： ） （入 院 歴： あり ・ なし ）	
他機関からの連絡の有無（養育支援連絡票等）		☐ なし ☐ あり（ ）

●検討内容

☐ 家族等の支援が受けられない （ ）	
☐ 産後心身の体調不良がある （ ）	
☐ 育児不安が強い （ ）	
☐ その他（今後の支援方針等） （ ）	
検討日・検討結果	年 月 日 承認 ・ 不承認
検討会議参加者名	