

南越前町産後ケア事業利用希望者確認書（兼情報提供書）

【利用希望者記入欄】
 南越前町産後ケア事業利用を希望することに伴い、南越前町が下記の内容について確認することに同意します。なお、町が産後ケア事業受託機関に対して確認内容を提供し、かつ、母子の育児支援のために町と関係機関とが必要な情報を共有することに同意します。
 南越前町長様
 利用希望者 住 所 南越前町
 (署名) 氏 名

※以下は職員が記入します。

【確認項目】

確認日 年 月 日 確認者 []

利用希望者の状況	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
	出産日	年 月 日	出産施設名
	妊娠出産時の異常	無 ・ 有 ()	
	疾患の有無	無 ・ 有 (高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・婦人科疾患・精神疾患・その他) 病名 () 病院 () 治療状況 (治癒・治療中・経過観察・中断) 内服 (無 ・ 有)	
	自己負担免除の有無	無 ・ 有 (世帯の状況: 生活保護世帯 低所得者世帯 その他 ())	
児情報	ふりがな氏名	(男・女) (第 子)	月 齢 M D
	①出生時の異常	無 ・ 有 ()	
家族状況	②その他特記事項 ()		
対象者判断基準	※以下の該当するところに☑をし、詳細を()に記入。		※事務処理判定
	支援項目	☐①家族等から十分な家事及び育児などの援助が受けられない。(援助が受けられたとしても、現在の悩みを自分や家族等で解決できない状況を含む) ()	★①に該当 ☐該当 ☐非該当
	育児項目	☐②産後の身体的及び精神的機能の回復について不安がある () ☐③育児(授乳等)に対する不安がある () ☐④その他(理由: ())	★②～④のうち1項目以上 ☐該当 ☐非該当
希望するケア内容	※該当するものに○を記入 [] ①褥婦及び新生児への保健指導及び授乳指導(乳房マッサージ含む) [] ②褥婦への療養上の世話 [] ③産婦及び乳児への保健指導 [] ④褥婦及び産婦への心理的ケアやカウンセリング [] ⑤育児に関する指導や育児サポート等 [] ⑥褥婦及び産婦の休息 [] ⑦乳児の養育 [] ⑧食事の提供 詳細 ()		
利用希望施設及び種別	施設名: 種 別: ☐アウトリーチ型(自宅:2-3時間) ☐デイサービスA型(助産所:2-3時間) ☐デイサービスB型(助産所:6-8時間) ☐宿泊型(助産所:24時間(一泊)) ※デイサービスB型及び宿泊型は産後4カ月までが対象		

※★¹★²どちらにも該当した場合、利用対象者となります。

事務局使用欄	利用対象者判定	該当	非該当
--------	---------	----	-----