養育医療を申請される方へ

わかる範囲で太線枠内にご記入ください。　　北本市健康づくり課

フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日
児氏名			出産予定日	年　月　日

日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。	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。

☐ 切迫流産・早産　☐ 妊娠高血圧症候群（高血圧・浮腫・タンパク尿）　☐ 早期破水

☐ 胎盤早期剥離　☐ 前置胎盤　☐ 多胎（双胎・三つ子等）　☐ 貧血

☐ 救急車搬送　☐ 気持ちが不安定になった　☐ その他（　　）

＊ 妊娠中健診を受けていた医療機関の名称（　　）

＊ 妊娠中母親（両親）学級は受けましたか。☐はい（医療機関・北本市）　☐いいえ

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　☐仮死　☐逆子　☐輸血

☐その他（　　）

＊ 出産した医療機関の名称（　　）在胎週数　　週　　日

③現在の赤ちゃんの様子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ましたか。

＊赤ちゃんの退院の予定　☐有（　　月　　日頃）　☐未定

④お母さまのご様子はいかがですか。

☐自宅にいる。　退院日：　　月　　日

☐入院している。　医療機関名称：　　.

退院予定：☐有（　　月　　日頃）　☐未定　.

☐里帰り中である。 里帰り先　住所：　　.

電話番号：　　.

世帯主名：　　.

期間：　　年　　月　　日頃まで

＊お母さまの心身の状態で困っていることがありますか。

☐ある （不眠・涙もろい・イライラ・疲れやすい・　　） ☐ない

⑤お母さまが育児について相談できる人はいますか。

☐いる（どのようなご関係の方ですか。　　） ☐いない

⑥母子健康手帳の出生連絡ハガキを市役所へ送りましたか。

☐はい　☐いいえ

⑦お母さまや赤ちゃんが退院後、保健師などが訪問しますが訪問先の希望はどこですか。

☐自宅　☐里帰り先

☐その他（住所　　TEL　　）

⑧ご心配なこと、お困りのことはありませんか。

お願い〈赤ちゃんが退院されましたら健康づくり課へご連絡いただくようお願いいたします〉

養育No		面接日		面接者	
担当者		申請者	父・母・他（　　）		

裏面

家族構成図