

産後ケア事業利用申請書

年 月 日

阿久比町長 殿

住 所

申請者 氏 名

利用者との続柄

電話番号

産後ケア事業の利用をしたいので、次のとおり申請します。

利用者 (産婦)	住 所	☐ 申請者と同じ		電話番号	☐ 申請者と同じ	
	氏 名			生年月日	年 月 日	
乳 児	氏 名			生年月日	年 月 日	
	出生体重	g (第 子)		性 別	男 ・ 女	
乳 児 (多胎児利用の 場合に記入)	氏 名			生年月日	年 月 日	
	出生体重	g (第 子)		性 別	男 ・ 女	
出産施設名						
利用施設名						
利用期間	宿泊型	年 月 日から 年 月 日まで (泊 日)				
	デイサービス型	年 月 日				
申請理由	☐ 身体的機能の回復に不安がある ☐ 育児に不安がある ☐ その他 ()					

本事業の実施のため、世帯状況等の把握に必要な公簿等の閲覧に同意します。 利用者氏名 _____

産後ケア利用者アンケート

利用者	出 産 回 数	初・ 回（今回の出産は含みません。）		
	これまでの病気	無 有（心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気・甲状腺・その他_____）		
	妊 娠 中 の 異 常	無 有（骨盤位・糖尿病・高血圧・貧血・切迫早産・ その他_____）		
	お 産 の 経 過	正常・	分娩場所	
	お産後の経過			
乳児	在胎週数	週 日	出生状況	正常 ・ 異常
	体 重	g	胸 囲	cm
	身 長	cm	頭 囲	cm
乳児 （多胎児利用の場合に記入）	在胎週数	週 日	出生状況	正常 ・ 異常
	体 重	g	胸 囲	cm
	身 長	cm	頭 囲	cm
栄養	母 乳	回／日	上の子のときは？（第2子以降のみ）	
	ミ ル ク	回／日	母乳 ・ 混合 ・ ミルク	
困っていること・ 相談したいこと				