

産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

年 月 日

木津川市長 宛て

申請者

住 所

氏 名

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな				生年月日	年 月 日 () 歳
利用者氏名					
住所	木津川市			携帯番号	
ふりがな				男 女	年 月 日生 () か月
児氏名				第 子	
緊急連絡先 氏名	続柄 :			連絡先	
申請理由					
利用希望 サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 年 月 日 () ~ 年 月 日 () () 日				
	<input type="checkbox"/> 日帰り型 年 月 日 () 年 月 日 ()				
利用場所					
利用料に かかる 課税状況	世帯状況及び同意 (※申請時点で同一世帯の方についてご記入ください。)				
	氏名	続柄	生年月日	住所	
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
※木津川市にその年の1月1日の住所がなかった方 (ただし、1月~5月の利用申請の場合は、前年の1月1日に住所がなかった方) は、前住所地での市町村民税の課税状況がわかる資料を添付してください。					

利用料に係る世帯区分を確認するために、木津川市に審査が必要な範囲で課税状況について、調査・閲覧することに同意します。

委託事業の実施に当たり、木津川市が事業者に対して必要な個人情報を提供すること及び事業者が木津川市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。

年 月 日

申請者署名

続柄

産後ケア事業利用申請に係るアンケート

産後ケア事業利用にあたり、木津川市が委託事業者に対して必要な個人情報を提供することについて同意します。

令和 年 月 日 利用者氏名： _____

下記の内容について、該当するものに○（マル）もしくはご記入の方をお願いします。

	氏名	年齢	続柄	生年月日	職業
同居家族					
妊娠時	■何か異常はありましたか。（ いいえ ・ はい ） 強いつわり・切迫流産・切迫早産・貧血・妊娠高血圧症候群・糖尿病・感染症（ ）				
出産時	■在胎週数（ 週 日） ■分娩場所（ ） ■分娩経過（ 頭位 ・ 骨盤位 ・ その他（ ）） ■分娩方法（ 自然 ・ 帝王切開 ・ 吸引 ・ 鉗子 ） ■出血量（ 少量 ・ 中量 ・ 多量（ ） ml） ■分娩、出産後に異常はありましたか。（ いいえ ・ はい ） 前置胎盤 ・ 前期破水 ・ 羊水混濁 ・ 羊水過多 ・ 微弱陣痛 ・ 陣痛促進剤 ・ 臍帯巻絡 ・ その他（ ） ■子宮復古（ 良 ・ 否 ） ■悪露（ 正 ・ 否 ） ■乳房の状態（ ）				
児の健康状態	■出生時体重（ ） g ■出生時身長（ ） cm ■栄養方法（ 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ） 母乳：1日（ ）回・（ ）時間ごと・1回（ ）分／ミルク：1日（ ）回・（ ）ml／回 ■何か異常はありましたか。（ いいえ ・ はい ） 仮死 ・ チアノーゼ ・ ひきつけ ・ 黄疸 ・ 奇形 ・ その他（ ）				
母の健康状態	■次の病気にかかったことがありますか。（ いいえ ・ はい ） 高血圧 ・ 慢性腎炎 ・ 糖尿病 ・ 肝炎 ・ 心臓病 ・ 甲状腺の病気 ・ 精神疾患（心の病気） その他の病気（ ） ■服薬中の薬はありますか。（ いいえ ・ はい：内容 ） ■たばこを吸いますか。（ いいえ・はい： 本／日 ） ■アレルギー：無・有（ ）				
育児状況	■子育てについて、今の気持ちを表現するとどれになりますか。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> </div> ■育児を協力してくれる人はいますか。（ いいえ ・ はい 誰：（ ）） ■気軽に相談できる人はいますか。（ いいえ ・ はい 誰：（ ））				
相談内容	■相談したい内容にチェックをしてください。 <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 体調管理、生活面</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 心理的なケア</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 乳房ケア</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 発育・発達の確認</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 体重・排泄の確認</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> スキンケア</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 授乳方法</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 沐浴方法</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 自宅での子育て方法</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> その他（ ）</div> </div>				