

南越前町産後ケア事業利用希望者確認書（兼情報提供書）

<p>【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</p>	
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 (産後 M D)(第 子)	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)		
	課税状況	<input type="checkbox"/> 課税世帯(5日まで減免) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯・非課税世帯・被災等(免除)		
児	ふりがな氏名	(男・女)	出生時の異常	無・有 ()
	ふりがな氏名	(男・女)	出生時の異常	無・有 ()
家族状況	同居家族 (夫・実父・実母・義父・義母・子 (人)・その他 ()) 支援者 () 支援状況 ()			
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
	<input type="checkbox"/> 産後ケアを必要としている 必要としている理由や状況 ()			★ ¹ (必要としているに☑が付いた場合、該当に☑) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
希望するケア内容	※該当するものに○を記入 []①母体管理及び生活面の指導 []②母乳相談及び乳房管理 []③乳児の健康管理及び世話 []④沐浴、授乳等の育児指導及び育児相談 []⑤その他母子の健康保持のために必要な保健指導 詳細 ()			
利用希望施設及び種別	施設名: 種 別: <input type="checkbox"/> アウトリーチ型 <input type="checkbox"/> デイサービス A 型 <input type="checkbox"/> デイサービス B 型 <input type="checkbox"/> 宿泊型			

※★¹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
--------	---------	----	-----