

国立市産後ケア事業 利用登録申請アンケート No. _____

記入日 年 月 日 受付者

産後ケア事業の利用登録申請にあたり、以下の設問にお答えください。

妊婦（産婦）の氏名	
生年月日 S・H 年 月 日（ 歳）	
第（ ）子 単胎 ・ 双胎以上	
出産（予定）病院 （ ）	
1. 今までに病気にかかったことはありますか？	①いいえ ②はい → あてはまる項目に○を付けてください。 a 心疾患 b 高血圧 c 糖尿病 d 腎疾患 e 甲状腺疾患 f 精神疾患 g 喘息 h その他（ ）
2. 今までに入院したことはありますか？	①いいえ ②はい 歳ごろ 日・週・月間 原因となった疾患名（ ）
3. 現在治療中の病気はありますか？	①いいえ ②はい 病名（ ） 服薬 なし・あり（薬剤名）
4. 今回の妊娠・出産について	予定日（出産日） 年 月 日（妊娠 週）
4-1 妊娠経過で異常はありますか？ (ましたか?)	①いいえ ②はい → (具体的に)
産後の方のみお答えください	①いいえ
4-2 出産で異常はありましたか？	②はい → (具体的に)
4-3 赤ちゃんに異常はありましたか？	①いいえ ②はい → (具体的に)
5. 産後ケア事業を利用しようと思った理由は何ですか？	あてはまるものすべてに○をしてください。 ①産後、家族等から支援を受けられない ②育児のやり方がわからない ③なんとなく不安 ④その他（ ）

裏面の「国立市産後ケア事業の利用登録申請にあたって」の内容を承諾したので、国立市産後ケア事業の利用登録申請をします。

このアンケートの記載内容が、産後ケア事業実施施設等関係機関に提供されることに同意します。

申請者署名

[利用時市使用欄]

年 月 日	備考
受付者	
<input type="checkbox"/> 短期入所型	
<input type="checkbox"/> 通所型	
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型	

国立市産後ケア事業の利用登録申請にあたって

国立市産後ケア事業の利用登録申請にあたって、以下の内容をご理解ご了承の上、表面の同意欄に署名をお願いします。

◎ 国立市産後ケア事業利用にあたっての注意事項【重要】

(1) ご利用にあたって

- ・ 発熱、咳等の感染症を疑う症状があった場合、産後ケア事業は利用できません。必ず子ども保健・発達支援係にご連絡ください。
- ・ 既往歴や利用当日の体調等により、産後ケア事業の利用をお断りする場合があります。
- ・ 予約状況により、希望した日に産後ケア事業を受けられない場合があります。
- ・ 安全にご利用いただくために、施設利用の場合は、諸規則を遵守ください。定めた事項にそぐわない行為があった場合、事業利用の継続について、スタッフからご相談させていただく場合があります。

(2) キャンセルについて

- ・ 予約をキャンセルする場合は、必ず子ども保健・発達支援係（及び短期入所・通所型の場合は利用予定施設）にご連絡ください。
- ・ キャンセル事由により、キャンセル料が発生する場合があります。
- ・ キャンセルの場合でも利用回数にカウントする場合があります。

(3) 料金の支払いについて

- ・ 利用にかかる自己負担金は、施設もしくは助産師に直接お支払いください。訪問型の場合はおつりのないようご用意ください。（現金のみ）
- ・ 利用者の都合で利用時間が短縮した場合でも、利用料は同じになります。
- ・ 利用施設への移動に関する費用はすべて自己負担になります。