

米沢市産後ケア事業（短期入所型）利用状況確認票

(ふりがな)				生年月日	年齢
利用者氏名				S・H 年月日	歳
(ふりがな)	性別	生年月日	出生順位	在胎週数	出生時体重
乳児の氏名		R 年月日	第 子	週	g
(ふりがな)	性別	生年月日	出生順位	在胎週数	出生時体重
乳児の氏名		R 年月日	第 子	週	g
住 所	<input type="checkbox"/> 申請時と変更なし（変更ある場合のみ下記に記入）				
	米沢市	電話（携帯）		-	-
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 申請時と変更なし（変更ある場合のみ下記に記入）				
	氏名	続柄（ ）	電話（携帯）	-	-
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後に家族等身近な人から家事・育児などの十分な支援が受けられない。 <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調又は育児不安等がある。 <input type="checkbox"/> その他困っていること（ ）				
特に利用を希望する内容	<input type="checkbox"/> 産後の母体管理（休息を含む）及び生活面の相談・指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理（母乳ケアを含む） <input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導（沐浴・授乳等） <input type="checkbox"/> 子の発育・発達確認を相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
利用希望施設	<input type="checkbox"/> さくらクリニック <input type="checkbox"/> 島貫医院 <input type="checkbox"/> 米沢市立病院				
利用希望日	第一希望： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（泊 日）				
	第二希望： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（泊 日）				
	<input type="checkbox"/> 利用施設の空き状況に応じて、希望日周辺での利用を希望します。 <input type="checkbox"/> 希望日以外での日程の利用は希望しません。				
母の体調	体 調	治療の有無	感染症の有無	アレルギーの有無	
	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調（ ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
児の体調	体 調	治療の有無	感染症の有無	アレルギーの有無	
	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調（ ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）	
特記事項	<input type="checkbox"/> 希望しません（ ）				

※米沢市記入欄

面接・電話連絡 / 本人・夫・（ ） / 受付担当者（ ）

受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日
通知年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認（産後ケア）	<input type="checkbox"/> 不承認
利用日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日（泊 日）		
利用施設	<input type="checkbox"/> さくらクリニック <input type="checkbox"/> 島貫医院 <input type="checkbox"/> 米沢市立病院		
世帯区分	<input type="checkbox"/> Ⅰ 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> Ⅱ 市民税非課税世帯（証明書提出確認済） <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
特記事項			