

# 宇治市産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

宇治市長 宛

第1号様式  
(第8条関係)

私は宇治市産後ケア事業の利用において、下記のとおり利用を申請します。

利用料に係る世帯区分を確認するために、宇治市が審査に必要な範囲で所得や課税状況について調査・閲覧することに同意するとともに、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。

委託事業の実施にあたり、宇治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及び委託事業者が宇治市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。

	申請日	R	年	月	日
フリガナ 申請者(産婦) 氏名	S・H 年 月 日生 ( 歳)				
フリガナ 乳児氏名	男・女 第 子	R 年 月 日生 ( カ月)			
	男・女 第 子				
利用希望 サービス名	<input type="checkbox"/> 宿泊型 年 月 日頃～( )日間・未定 希望順: ( )京都医療センター※3か月未満 ( )曾我産婦人科 ( )都倉病院※4か月未満 ( )中部産婦人科※当院出産で新生児期まで ( )吉川助産院 ( )その他の施設等				
	<input type="checkbox"/> 訪問型(助産師) 年 月頃・未定 ( )助産師希望 ※希望する助産師がいる場合のみ記入				
	<input type="checkbox"/> 日帰り型(旅館・最大4組) ・ <input type="checkbox"/> 日帰り型(助産院1組) 年 月頃・未定				
住所	〒 電話番号( )				
里帰り出産 連絡先	〒 電話番号( )				

世帯状況および同意(※申請時点で同一世帯の方についてご記入願います。)

下記世帯員は、利用料に係る世帯区分を確認するために、宇治市が審査に必要な範囲で所得や課税状況について調査・閲覧することに同意します。  
※全員の同意印(印鑑は同一のもので可)をお願いします。現住所が異なる場合は、一番下の備考欄にご記入ください。






氏名	同意印	続柄	生年月日	職業	健康状態 (良・否)	病名	現住所	備考
	印						申請者と同じ <input type="checkbox"/>	
	印						申請者と同じ <input type="checkbox"/>	
	印						申請者と同じ <input type="checkbox"/>	
	印						申請者と同じ <input type="checkbox"/>	

以下質問すべてに記入してください(裏面もあります)

妊婦 健康状態	・身長【 cm】・ 普段の体重【 kg】・ BMI【 】 ・次の病気にかかったことがありますか。【いいえ ・ はい(あるものに○印)】 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(病名 ) ・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】 ・同居者は同室でたばこを吸いますか 【いいえ ・ はい】 ・酒類を飲みますか 【いいえ ・ はい】 ・夫(パートナー)の健康状態 【健康 ・ よくない(病名: )】
妊婦職業と 環境	・職業【なし ・ あり 内容: 】 ・産育休【 年 月 日から 年 月 日まで】 ・住居の種類【一戸建て( 階建)、集合住宅( 階建 階)エレベーター:有 ・ 無
妊娠時の状況	・今回の妊娠は【初回 ・ 回目】 ・妊娠中、異常がありましたか。【いいえ ・ はい(あるものに○印)】 強いつわり、切迫流産、切迫早産、貧血、気分不調、体重増加、食欲不振、糖尿病、 妊娠高血圧症候群(高血圧、蛋白尿、浮腫)、感染症(風疹、インフルエンザ等)、その他(
出産予定	・出産予定日【 / □帝王切開日】 ・ 分娩予定場所【 】 ・出産後自宅に帰ってからの育児について 【 できると思う ・ どちらかと言えばできると思う ・ どちらかといえば出来ない ・ 出来ない】

裏面へ

# 宇治市産後ケア事業

※ 出産後申請の場合に記入	出産の状況	・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・出産後の異常がありましたか。【 いいえ ・ はい (あるものに○印)】 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】 ・乳房状態【 】
	乳児について	・出生時:体重【 g 】 身長【 cm】 ・出生時の異常はありましたか。【 いいえ ・ はい (あるものに○印)】 仮死、チアノーゼ、ひきつけ、黄疸、奇形、その他( ) ・栄養方法【 母乳 ・ 混合 ・ 人工 】 母乳 1日( )回 ・( )時間ごと ・1回( )分程度 ミルク 1日( )回 × 1回量( )ml = 1日量( )ml
育児状況	・育児を協力してくれる人はいますか。【 いいえ ・ はい(誰: )】 ・育児に対する不安の程度: 「かなり不安」・「少し不安」・「あまりなし」・「なし」 ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか。【 いいえ ・ はい(誰: )】	
現在の状況	・今の気持ちを表現するとどれになりますか? ○をしてください。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">a. </div> <div style="text-align: center;">b. </div> <div style="text-align: center;">c. </div> <div style="text-align: center;">d. </div> <div style="text-align: center;">e. </div> </div>	
相談したいこと/心配なこと	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 沐浴・スキンケア  <input type="checkbox"/> 抱き方・寝かせ方  <input type="checkbox"/> 児の発育・発達の確認  <input type="checkbox"/> 生活リズム  <input type="checkbox"/> 赤ちゃんとの遊び方  <input type="checkbox"/> その他( )                 </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> 授乳について  <input type="checkbox"/> 母乳分泌指導(乳房ケア含む)  <input type="checkbox"/> 産婦の体調管理(身体面・心理面)  <input type="checkbox"/> 家族計画  <input type="checkbox"/> 上の子の関わり方                 </div> </div>	
サポートに対するご意向		
子育てに関する今後の予定	<input type="checkbox"/> 仲間づくり・保健推進課の教室参加を考えている <input type="checkbox"/> 子育て支援センターの利用を考えている <input type="checkbox"/> ファミリーサポートセンターの利用を考えている <input type="checkbox"/> 保育園の利用を考えている(時期: 年 月頃) <input type="checkbox"/> その他( )	

↓ 以下は事業担当が記入

利用内容	宿泊型 ・ 日帰り型(集団・個別) ・ 訪問型(助産師)	地区担当保健師:
利用区分	区分: 多胎加算 有 ・ 無	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">                 宇治市             </div>