



「養育医療給付」を申請される方へのアンケートのお願い

お住まいの地域に育児を応援する担当保健師がいます。

お母さんや赤ちゃんへ適切な支援を行うために参考にさせていただきますので、
わかる範囲で結構ですので、あてはまるものに☑、またはご記入ください。

記入日：令和 年 月 日	来所者：父 母 祖父 祖母 その他（ ）
お子さん（どちらかに○） (フリガナ) 男 氏 名 女	生年月日：令和 年 月 日 在胎週数： 週 日 出産予定日：令和 年 月 日
日中に連絡がつく電話番号をご記入 ください	自宅 ☎ — —
	父携帯 ☎ — —
	母携帯 ☎ — —
①妊娠中に次のようなことがありましたか	☐ 切迫流産・早産 ☐ 妊娠性高血圧症候群 (高血圧・浮腫・タンパク尿) ☐ 早期破水 ☐ 胎盤早期剥離 ☐ 前置胎盤 ☐ 双子等多胎 ☐ 貧血 ☐ 救急車搬送 ☐ 気持ちが不安定 ☐ その他（ ）
②出産した医療機関の名称は	
③出産時に次のようなことがありましたか	☐ 帝王切開 ☐ 吸引分娩 ☐ 仮死 ☐ 逆子 ☐ 輸血 ☐ その他（ ）
④現在の赤ちゃんの様子と今後の見通しについて医師からどのような説明を受けていますか	☐ 外来通院中 ☐ 入院中 〔退院予定 ☐ あり（ 月 日頃） ☐ 未定〕
⑤お母さんの心身の状態で困っていることがありますか	☐ ない ☐ ある(不眠、涙もろい、イライラ、つかれやすい等) ☐ その他（ ）
⑥お母さんの現在の状況	☐ 自宅にいる ☐ 入院している（ 月 日頃まで） ☐ 里帰りしている（ 月頃まで） （ 県 市町 様方）
⑦育児に協力してもらえる人はいますか	☐ いない ☐ いる（お父さん 祖父母 その他 ）
⑧ご心配なこと、お困りのことはありますか ☐ 特にない ☐ 赤ちゃんをいとおしいと感じられない ☐ 赤ちゃんの世話が苦痛である ☐ 暴言・暴力・お酒等の問題 ☐ 経済的な不安 ☐ その他（ ）	
⑨この給付以外に申請している（あるいは申請予定）の給付がありますか（☑をつけてください） ☐ 自立支援医療(育成医療)医療給付 ☐ 小児慢性特定疾患医療給付	
健康増進センターへの情報提供について（○をつけてください） 同意します 同意しません 乳幼児健康診査・予防接種・家庭訪問等の母子保健サービスは健康増進センターが行っています。今後、これらのサービスをスムーズにご利用いただくために、今回の養育医療申請の内容や家庭訪問・乳幼児健診の結果について健康増進センターと連絡を取り合うことになります。なお、情報はプライバシーの保護に十分配慮し、健康管理の目的以外には一切使用されることはありません。以上の趣旨をご理解の上、いずれかに○をつけてください。	

（面接者： ）

母子健康手帳についている出生連絡票（はがき）は、健康増進センターへお送り下さい。
（→出生届を出す際「こんにちは赤ちゃん事業」訪問カード（緑色）に記入をお願いしています。）

問合せ：志木市健康増進センター
TEL：048-473-3811

