

第1号様式 (産後ケア事業アウトリーチ型)
甲府市おうちdeホッとママケア利用申請書兼記録票

(あて先) 甲府市長 年 月 日

私は、甲府市おうちdeホッとママケアの利用を申請します。

申請者	氏名(母)	ふりがな	生年月日 S・H	年	月	日
	住所	〒 甲府市				
母子手帳番号						
子どもの名前	ふりがな	第 子	生年月日			
子どもの名前 (双子の場合)	ふりがな	第 子	同上			
利用希望日程	<input type="checkbox"/> 1～2週間以内	<input type="checkbox"/> 1か月以内	その他()			
希望するケアに☑を記入してください	母体のケア	こころのケア	育児のケア	乳児のケア		
	<input type="checkbox"/> 身体の不調 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 乳房・乳頭のトラブル <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> バースレビュー <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 母乳不足感 <input type="checkbox"/> 授乳量が分からない <input type="checkbox"/> 授乳の困難感 <input type="checkbox"/> 泣きへの対応 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 遊び方 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 成長発達に関すること <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> 向き癖・頭のかたち <input type="checkbox"/> その他 ()		
今回の利用回数	(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10) 回目					
利用要件の確認	市民税非課税世帯ですか		はい・いいえ			
	生活保護を受けていますか		はい・いいえ			
同意欄						
◇この事業の利用可否の決定及び利用料算定のため、甲府市が私の世帯の住民登録状況及び課税状況・市税等の納税状況を調査することに同意します。 ◇市民税等の未納が確認された場合は、甲府市はこの事業の利用を制限することがあります。 ◇利用に必要な健康状態などの情報を甲府市から事業実施担当者に情報提供することに同意します。 ◇利用に必要な健康状態などの情報を事業実施担当者から甲府市に情報提供することに同意します。						
年 月 日 氏名						

※市記入欄

申請書受理日		利用決定日	令和 年 月 日
申請経路	<input type="checkbox"/> WEB申請 <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> 来所相談 ()		<input type="checkbox"/> マイ保健師フォロー(電話・訪問) <input type="checkbox"/> 健診後フォロー <input type="checkbox"/> その他 ()
	申請対応者 ()		
助産師への情報提供(必要時記入)			
負担額区分	<input type="checkbox"/> 1 一般 400円	<input type="checkbox"/> 2 非課税 200円	<input type="checkbox"/> 3 生活保護 なし
実施予定日	令和 年 月 日	地区	保健師
担当助産師		助産師依頼日	月 日

支援実施内容

支援実施日 R 年 月 日 () : ~ : 支援実施者
 回数: (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)

対象者のニーズ・要望 問題点 アセスメント結果
 #
 #
 #

客観的情報・実施したケア()・評価

客観的情報・実施したケア()・評価

客観的情報・実施したケア()・評価

- 支援内容
- (1) 産婦の身体的ケア 健康状態の確認 休養の確保 乳房管理
 マイナートラブルケア その他 ()
 - (2) 産婦の心理的ケア バースレビュー 育児不安のケア その他 ()
 - (3) 育児のケア 授乳指導 沐浴指導 子育て支援(サービス等)に関する情報提供
 その他 ()
 - (4) 乳児のケア 健康状態の確認 発育発達の確認
 その他 ()
 - (5) その他必要とする相談及び保健指導

今後のプラン
 終了 継続 (支援理由:)
 次回予約 R 年 月 日
 その他

記録確認		R 年 月 日	
担当	担当保健師	係長・課長補佐	課長