連携市町村の方・市外（連携市町村以外）からの里帰りの方

富山市産後ケア応援室　事前登録申請書・同意書

（宛先）富山市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな | |  | | | 生年月日 | | 昭和  平成 | | 年　　　月　　　日(　　歳) | |
| 氏　　名 | |  | | |
| 現住所 | | （〒　　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 里帰り先  の住所  ※**県外・市外**  **から富山市に里帰り出産される方のみ** | | **□本人実家　□夫実家**（どちらかに☑をつけてください。）  （〒　　　　　　－　　　　　　　）  富山市  　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先  (携帯番号) | |  | | | アレルギー | | □なし　　□あり  （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 今までにかかった  疾患・  治療中の疾患 | | | □なし  □あり | □内科系疾患  □婦人科系疾患  □精神科系疾患  □その他 | | ※保健師との面談時、状況を確認させていただきます。  ※現在、内服中の薬があれば下記に記載してください。 | | | | |
| 内服薬 | |  | | |
| 緊急連絡先 | | 氏　名 | |  |  | | 利用者との関係 | | | |  |
| 住　所 | |  |  | | 連絡先 | |  | | |
| お母さんの身体や、  育児で心配なこと | | | |  | | | | | | | |

※ご利用時に、緊急連絡先となっている方が出張等で不在の場合は、別の緊急連絡先を確認させていただきます。

＜ご出産予定の方＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出産予定場所  （名称） |  | 出　産  予定日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　出産予定 |

＜お子さんがお生まれになっている方＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子 | ふりがな |  | | 生年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　か月） |
| 氏　　名 |  | 男　・　女第 　　子 |
| 出産の場所  （名称） |  | | 妊娠期間 | 週　　　　　　　　　日 |
| 出生体重 | ｇ |

（裏面へ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄  まちなか総合ケアセンター | 入力 | 区分 | 収受印 |
|  | □滑川市 □舟橋村　　　　□上市町 □立山町　　　　□里帰り |

|  |
| --- |
| 同意書 |
| 富山市産後ケア応援室を利用するにあたり、次の項目に同意します。  １．ご利用に際し、お母さんの心身の状態等により、住所地の保健福祉担当部署や医療機関から情報提供を得ること。  ２．富山市産後ケア応援室退所後、継続支援が必要な場合、住所地の保健福祉担当部署等に連絡すること。  ３．富山市産後ケア応援室の利用について、次のことを遵守すること。  （１）部屋の備品や設備を故意に破損、損失した場合、全額弁償します。  （２）現金や貴重品は、自己の責任で管理します。  （３）他の利用者への迷惑行為はしません。  （４）面会者が来所する場合は、事前に職員へ申し出ます。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  利用者氏名（自署） |
| 里帰り先のご両親はご確認のうえご記入ください。 |
| 富山市産後ケア応援室の利用対象者は、出産に伴い富山市内の実家に里帰りしている  産後４か月までの母とその子です。（利用者が富山市内に住所を有さない場合）  　富山市産後ケア応援室を利用するにあたり、次の項目に同意します。  １．ご署名された方の住民基本台帳等を閲覧すること。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  住　　　所  氏　　　名（自署）  利用者との関係  連　絡　先 |