

ご利用にあたっての参考にさせていただきます。下記についてご記入ください。
「はい」と答えられた場合、詳細について教えてください。

母	体調に不安やしんどさはありますか？
	1. いいえ
	2. はい→
	過去に大きな病気をされたこと(また、現在治療中の病気)はありますか？
	1. いいえ
	2. はい→
	現在や過去に、こころの病気でカウンセラーや心療内科、メンタルクリニック等に相談したことはありますか？
	1. いいえ
	2. はい→
	出産後、家事・育児等の支援について、不安や困っていることはありますか？
	1. いいえ
	2. はい→
	授乳について、不安や困っていることはありますか？
	1. いいえ
2. はい→	
子	食べ物に関してアレルギーなど配慮が必要なものがありますか？
	1. いいえ
	2. はい→
赤ちゃんのことで伝えておきたいことや心配なことがありますか？	
1. いいえ	
2. はい→	
その他気になることがあればご記入ください。	

記入者氏名：

特記:保健師記入欄 面接方法:対面・電話 面接日:令和 年 月 日 面接保健師名:

【健康推進課 記入欄】

- 実施施設への電話報告(利用者・利用日・請求書一式持参について)
- 担当者への報告:申請書原本 承認通知書写し 課税状況確認シート(非課税世帯・生活保護世帯)
- 名簿記入