

(第6条関係)

海南省産後ケア事業利用申請書(流産・死産された方)

年 月 日

海南省長 様

〒

申請者 住所 海南省
氏 名

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号

流産・死産日	年 月 日
妊娠週数	週 日
特に希望するサービス内容 (○をしてください。)	1 乳房トラブルについての相談、対応 2 心身のケア 3 その他保健指導等
利用料を算定する場合に必要な書類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税証明書(世帯全員の非課税が確認できる書類) * 当年1月1日現在、海南省に住民登録をされていない場合は、転入前の市町村で上記の証明書の取得が必要です。

同意欄
(1) 利用料に係る提出書類を確認するために、海南省が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税状況について年度毎に調査し、及び閲覧すること。 (2) 産後ケア事業の利用に当たり、海南省が医療機関に対して必要な個人情報(本利用申請書)を提供すること及び医療機関が海南省に対して必要な個人情報を提供すること。 (3) 利用施設によってキャンセル料が発生することがあります。 上記(1)(2)(3)に同意します。 氏名 _____

○ご利用にあたっての参考にさせていただきたいと思います。以下の質問にご協力をお願いします。

1	産後に家事などを手伝ってくれる人がいますか。	はい ・ いいえ
2	体調に不安はありますか。	はい ⇒どのようなことですか。 () いいえ
3	現在治療中の病気はありますか。	はい ⇒どのようなことですか。 () いいえ
4	今まで、こころの問題で医療機関において治療や相談をしたことがありますか。	はい ⇒いつ頃ですか。() 現在の状態は?() いいえ
5	妊娠中・出産時は何か変わったことはありましたか。	無 ・ 有()
6	同居している家族に○をつけてください。	夫(パートナー)「・義父・義母・実父・実母 子ども()人)、その他()
7	その他、気になることがあれば記入してください。	

健康課 受付者 ()
日付 年 月 日