**申込フォーム**

●利用者名（母　　　　　　　　　子　　　　　　　第　　子）

●生年月日（母　　　　年　　月　　日　子　　　　年　　月　　日）

●住所

●電話番号

●メールアドレス

●職業

●既往歴

●現病歴（通院中であれば病院名と治療内容）

●内服中の薬

●食品アレルギー

●妊娠期・分娩期の合併症（妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・輸血歴・急遂分娩）

●出生週数・出生体重・分娩医療機関

●授乳について→

・母乳　　　　　　　～　　　回/日

・ミルク　　　　　　～　　　　ｍｌ、　　　　　～　　　回/日

・児の排尿回数　　　～　　　回/日

・児の排便回数　　　～　　　回/日

・乳房乳頭のトラブルがある（内容自由記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●退院後の児の受診歴、治療歴

●母児の体調など、相談したいこと（内容自由記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●利用開始の希望日・何泊希望か

●利用希望種別（宿泊型・日帰り型）

●部屋のタイプの希望（洋室・和室）

●来所の方法：何時ごろ・どうやって・誰と一緒に（今回出産児のみ入所でき、同胞の入所は認めない）→

●札幌市産後ケア事業利用歴（施設名・何泊）→

●以下、該当箇所に☑をしてください。

申請理由（複数回答可）

□①家族等から十分な支援が得られないため

□②心身の不調により休養をしたいため

□③母体ケア（乳房手当やトラブルケア、産後の不調等）について知りたいため

□④子の発育・発達について知りたいため

□⑤育児（沐浴、授乳、抱っこ等）について知りたいため

□⑥子と一緒の生活リズムを整えたいため

□⑦その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

下記について同意します。

①利用にあたり、利用者の健康状態等必要な情報について、事業者と札幌市が共有すること。

②利用後に自己負担額を支払うこと、利用を変更又は中止する時は、**２営業日前の１２時までに**その旨を連絡すること、その連絡が間に合わない場合は、事業利用と同額の自己負担額を支払うこと。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**同意者氏名**