

（利用者名） _____ 様

妊娠おめでとうございます。このシートは、健やかに妊娠・出産・子育てができるよう具体的なサポートについて一緒に考えるためのものです。

作成日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

現在の状況	妊娠 _____ 週 出産予定日 _____	職業 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 産休 <input type="checkbox"/> 退職) <input type="checkbox"/> なし		
	妊婦健診受診医療機関名 _____	里帰出産 <input type="checkbox"/> あり の予定 <input type="checkbox"/> なし		
	出産（予定）医療機関名 _____	転居の <input type="checkbox"/> あり 転居先： _____ 予定 <input type="checkbox"/> なし * 転居先への情報提供希望		
	妊娠1～4か月	5～7か月	8～10か月	～産後1か月
どのような妊娠生活を送りたいですか				
気になること・希望すること				
相談・協力など一緒に育児を行う人	<input type="checkbox"/> 配偶者／パートナー <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
ご自身が出来る事 (必要な準備・利用できる制度等)	<input type="checkbox"/> 禁酒・禁煙 <input type="checkbox"/> 出産病院を決める <input type="checkbox"/> 里帰り出産の場合は、帰省先の病院等を確認し連絡を入れる。 <input type="checkbox"/> 出産一時金（直接支払制度）を確認し、利用の有無を検討 <input type="checkbox"/> （ 就労している場合 ） 出産予定を職場に伝え、休業等の調整・手続きの確認 ・産前・産後休業 ・出産一時金 ・出産手当金	<input type="checkbox"/> 禁酒・禁煙 <input type="checkbox"/> 入院時の準備、物品の用意 <input type="checkbox"/> ベビー用品の準備 <input type="checkbox"/> 妊婦教室の受講 <input type="checkbox"/> 家族と緊急連絡先、産前産後の過ごし方の確認 <input type="checkbox"/> 地域の子育て支援のサービス等について確認 <input type="checkbox"/> 出産一時金（直接支払制度）の手続き <input type="checkbox"/> 産前休業（産前6週前） * 双子：14週前	<input type="checkbox"/> 禁酒・禁煙 <input type="checkbox"/> 休息・休養 <input type="checkbox"/> 新生児訪問 <input type="checkbox"/> 産後1か月健診 <input type="checkbox"/> 産後休業（産後8週間） <input type="checkbox"/> 出産一時金の申請（直接支払制度を利用しない場合） <input type="checkbox"/> 育児休業給付金の申請 <input type="checkbox"/> 健康保険加入 <input type="checkbox"/> こども医療費助成の申請 <input type="checkbox"/> 児童手当の申請	
ご家族が出来る事	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 家事分担	<input type="checkbox"/> 禁煙 <input type="checkbox"/> 家族と緊急連絡先、産前産後の過ごし方の確認 <input type="checkbox"/> 家事分担	<input type="checkbox"/> 育児・家事分担 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 禁煙	
今後利用するサポート・事業 (ページ数は、「しおり」を参照)	<input type="checkbox"/> P2 妊婦健診(14回) <input type="checkbox"/> P2 妊婦歯科検診 時期:妊娠4～5か月 <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> P2 妊婦訪問 <input type="checkbox"/> P2 新生児訪問 <input type="checkbox"/> P9 ママサロン(産前・産後サポート事業) <input type="checkbox"/> P9 子育て支援センター ①かりん(おおつちこども園内)②tekuteku(つつみこども園内) <input type="checkbox"/> P10 一時預かり事業 妊婦健診時等の際に、上の子(未就園児)を一時的に預けることができます。			
相談窓口	大槌町子育て世代包括支援センター 助産師 : (_____) 地区担当保健師 : (_____) 連絡先 : 42-8716			

「個人情報保護法」に基づき、個人情報は保護されます。ただし、母子の健康を守るため、必要時は「児童福祉法」に基づき、児童福祉関係機関・医療機関等に連絡し、プラン等の内容を共有させていただくことがあります。ご了承ください。

上記の説明を受け了承しました。(氏名) _____