

佐川町産後ケア事業 訪問依頼書

★できれば出産後早期に、下記の内容をFAXか郵便でお送りください。

記入日 年 月 日

承認通知書No.		出産した病院	
母親の氏名(年齢)	(歳)	出産経験	初産 ・ 経産
訪問先の住所		出産した日	月 日
		退院予定日	月 日
		児の出生体重	g (男 ・ 女)
連絡先 <small>(助産師からの連絡方法の希望をご記入ください。複数可)</small>	<input type="checkbox"/> 電話 (電話番号:)		
	<input type="checkbox"/> メール (アドレス:)		
	<input type="checkbox"/> FAX (FAX番号:)		
訪問希望日	<input type="checkbox"/> 退院後すぐ <input type="checkbox"/> 退院後1週間ぐらい経ってから		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
訪問希望時間帯	<input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> どちらでもよい		
駐車場の有無 <small>(担当助産師が車で訪問可能かどうかの確認です)</small>	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	ありの場合、駐車できる場所をご記入下さい ()		
その他 特記事項 <small>(特に困っていることなど)</small>			

＜お問い合わせ・送付先＞

佐川町子育て世代包括支援センター

住所：〒789-1202

佐川町乙2310 健康福祉センターかわせみ内

TEL : 090-4785-7705 0889-22-7705

FAX : 0889-22-7721