

新型コロナウイルスへの感染が確認された妊産婦の方へ

新型コロナウイルスに感染し、ご自身やお子さんの健康面のことなどでご不安を感じていることと思います。

町田市では、助産師や保健師等による訪問や電話などで、健康相談、保健指導、育児支援などの専門的な支援を行っています。（妊産婦さんの状態等に合わせた支援を行います。）

この支援は、妊産婦さんご本人が希望する場合に提供されます。そのため、町田市で支援を希望される場合には、入院又は分娩医療機関へ妊産婦さんご本人の療養の状況等について照会し、市外にお住いの方については住民票のある市町村と相談のうえで支援を行います。

つきましては、上記内容に同意したうえで、町田市による支援を希望する場合は、以下の意向確認書にご記入の上、下記担当へ郵送にてお申し込みください（入院中等により送付が難しい場合には、お電話でご連絡いただき、退院後にご提出ください。）。

【申込・問い合わせ先】 町田市役所保健所保健予防課母子保健係
〒194-0013 町田市原町田 5-8-21 健康福祉会館
電話：042（725）5471（直通） FAX：050（3161）8634

意向確認書

町田市長 様

私は、以下のとおり同意（をお願いします）し、町田市が実施する支援を希望します。

町田市が医療機関へ情報照会することに同意します。

（市外にお住いの方のみ以下もをしてください。）

町田市が住民票上の市町村に情報提供及び照会することに同意します。

令和 年 月 日

お名前 _____ ㊟（自署の場合、押印不要）

※以下の項目を記入してください。

妊産婦氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日（ ）歳
住民票のある住所		電話番号	
支援を希望する住所 ※上記と異なる場合のみ、 記入してください。		希望する連絡先 (電話番号)	
入院日	令和 年 月 日	退院（予定）日	令和 年 月 日
現病歴・既往歴			

※以下は産婦の方のみ記入してください。

乳児氏名	フリガナ	性別（男・女）	生年月日：令和 年 月 日生
出産の状況	出産場所（ ） 在胎：（ ）週 出生時体重：（ ）g 出生順位：第（ ）子 単胎・多胎		