

妊産婦の方へ

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らっしゃるかと思います。

このようなご不安を軽減、解消するため、お住まいの住所地を管轄する保健所等において「寄り添い型支援」（助産師等による訪問を中心とした健康相談、保健指導、育児支援等）が行われています。

※詳しくは添付のチラシをご覧ください。

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。支援を希望される場合には、妊産婦さんご本人の療養状況等について、当医療機関から支援を希望する住所地を管轄する保健所に情報提供いたします。

つきましては、支援を希望される方は、以下の意向確認・同意書の提出をお願いします。

意向確認・同意書

(医療機関名) _____

(主治医名) _____ 様

私は、主治医から、妊産婦が希望する場合に、「寄り添い型支援」が提供されることについて説明を受けました。

私は「寄り添い型支援」を受けることを希望しますので、支援を希望する住所地を管轄する保健所に、私自身の療養等の状況を情報提供することに同意します。

令和 年 月 日

ご住所 ※支援を希望される住所地をご記載ください。

お名前

電話番号