

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。

このため、北区において、皆様方に対し、助産師や保健師等による訪問や電話での健康相談、保健指導、育児支援等を行います（支援の具体的な内容は、妊産婦さんの状態等によって異なります。）。

この北区による支援は、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、希望される場合には、妊産婦さんご本人の療養の状況等について、保健所から健康支援センター（又は健康相談等の支援を希望される住所地の担当課）へ情報提供が行われます。

つきましては、北区によるサポートの希望がある場合は、以下の希望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。）

【連絡先】

王子健康支援センター 〒115-0044 北区赤羽南 1-13-1 TEL (3919) 7588

※王子健康支援センターは、令和3年9月1日から当面の間赤羽会館に一時移転します。

赤羽健康支援センター 〒115-0044 北区赤羽南 1-13-1 TEL (3903) 6481

滝野川健康支援センター 〒114-0024 北区西ヶ原 1-19-12 TEL (3915) 0184

北区による支援に関する希望確認書

北区健康支援センター 宛

私は、新型コロナウイルスへの感染が確認された妊産婦向けの健康相談等の支援について、北区による支援を希望します。

また私は、北区による支援を受けるに当たり、自身の療養の状況等について、保健所から健康支援センター（又は健康相談等の支援を希望される住所地の担当課）へ、情報提供が行われ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。

フリガナ 妊産婦氏名		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。	(自宅・実家・その他 様方)	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。

フリガナ 乳児氏名		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		