

新型コロナウイルスに感染した妊産婦に対する寄り添い型支援事業  
療養状況等情報提供書（医療機関記入）

年 月 日

(情報提供先)  
名古屋市長 殿

(医療機関の所在地及び名称)

電話番号

施設長名 \_\_\_\_\_

以下の妊産婦より、新型コロナウイルス感染による寄り添い型支援の希望がありましたので情報提供致します。

妊産婦 氏名	フリガナ	昭和・平成 年 月 日生 ( ) 歳	
住民票の ある住所		電話番号	
支援希望 する住所	(自宅・実家・その他 様方)	支援希望 する 電話番号	
入退院日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日	
病状 既往歴 治療状況 等			

※産婦については、以下の項目も記入してください

乳児氏名	フリガナ	男・女	年 月 日生
出産の 状況	出産場所：当院・他院 ( ) 在胎：( ) 週 ( ) 子中 ( ) 子 単胎・多胎 身長：( ) cm 体重：( ) g 出産時の特記事項 妊娠中の異常：無 ・ 有 ( ) 妊婦健診の受診：無 ・ 有 ( 回) 分娩方法：経膣分娩 ・ 帝王切開 母子分離：無 ・ 有 その他： 退院時の状況 体重：( ) g 栄養法：母乳 ・ 混合 ・ 人工乳 その他：		
その他の 情報			