

## 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、お住まいの自治体等において、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、育児支援等が行われます（支援の具体的な内容は、自治体によって、また、妊産婦さんの状態等によって異なります。）。

この自治体による支援は、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、東京都や保健所等から、お住まいの自治体の母子保健担当課（又は健康相談等の支援を希望される住所地の担当課）や東京都の委託先である公益社団法人 東京都助産師会へ情報提供いたします。

つきましては、自治体によるサポートの希望がある場合は、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。）。

【希望連絡先】 東京都少子社会対策部家庭支援課母子保健担当 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 電話：03（5320）4368（直通） FAX：03（5388）1406
---

### 自治体による支援に関する希望確認書

東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課母子保健担当 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、自治体による支援を希望します。

また私は、自治体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、東京都や保健所等から住民票のある自治体の母子保健担当課（又は健康相談等の支援を希望される住所地の担当課）や東京都の委託先である公益社団法人 東京都助産師会へ、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。

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。	(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。

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		