

## 【あったかホ～ム(仮)】利用に関する確認書

緊急一時的な居所支援施設【あったかホ～ム(仮)】の利用にあたり、あなたの安全を確保するためにも、以下についてお願いいたします。

- 利用する施設(産科医療機関、助産院等)や部屋(個室、大部屋等)は選ぶことができません。埼玉県が委託している居所調整コーディネーターが、あなたの状況により、利用施設を選定します。
- 利用する施設の職員の指示に従い、生活してください。
- 利用する施設によっては、病気を治療中の方や、出産前後の女性、新生児(赤ちゃん)も入院されていることを、御了承ください。
- 施設利用中に、医療的介入(治療)が必要になった場合には、利用は中止となります。その後の治療等については、市町村担当職員と御相談していただき、適切な医療機関等への転院となります。
- 施設の住所やこの場所で知り得た個人情報を、利用中及び利用後においても他言しないでください。
- ご自分の持ち物は、ご自身の責任で管理をお願いします。紛失等の対応はできません。
- あったかホ～ム(仮)は、緊急一時的な居所です。利用は5泊以内です。この5日間の間に、利用終了後の生活する場所について、市町村担当職員と相談しながら決定します。  
「産まない(人工妊娠中絶)」「育てない(里親、特別養子縁組等)」という相談もできます。
- 利用終了後の生活の場所の調整のために外出する場合は、必ず市町村担当職員と一緒に外出してください。安全確保のため、生活の場所の調整以外の外出は、原則認められません。  
施設利用中に、家族や友人等の面会はできません。生活の場所の調整のために、家族等との面会が必要な場合には、市町村担当職員と一緒に外出した際に、面会してください。
- 下記に記載していただいた緊急連絡先には、緊急時に市町村から連絡する可能性があります。

【あったかホ～ム(仮)】の利用にあたり、上記について確認・了承いただきましたら、以下に記入をお願いします。記入いただいた個人情報は、【あったかホ～ム(仮)】の利用及び今後の市町村の母子保健及び福祉業務以外には使用いたしません。

|   |    |      |    |
|---|----|------|----|
| 氏名                                      |    |      |    |
| 住所                                      |    |      |    |
| 生年月日                                    | 年  | 月    | 日  |
| 電話番号                                    |    |      |    |
| 緊急連絡先氏名・電話番号等<br>(緊急連絡先がある場合のみ記入してください) | 氏名 | 電話番号 | 続柄 |
| かかりつけ産婦人科                               |    |      |    |
| その他のかかりつけ病院等<br>(内科・精神科等)               |    |      |    |
| 記入日                                     | 年  | 月    | 日  |

----- 以下、市町村記入欄 -----

担当市町村 \_\_\_\_\_ 役所 \_\_\_\_\_ 課 \_\_\_\_\_ (担当)  
 担当者氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 緊急時の土日祝日・夜間の連絡先 (担当者名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_)

※この確認書は、記入後、市町村担当者が、利用する施設に提出してください。