送信先メールアドレス：sukoyaka21@shopro.co.jp

**健やか親子２１（第２次）データベース新規事業者・取組登録用　様式**

**【自治体】**

**「健やか親子２１」ホームページより直接入力して登録することができない理由についてお答えください。**

|  |
| --- |
| ★理由□「健やか親子２１（第２次）」ホームページより直接入力して登録する環境（インターネット環境）がない□システムエラーにより「健やか親子２１（第２次）」のホームページからの入力ができない□ホームページ入力する手間がかかるから□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**事業者情報　※データベース上では公開されます。**

|  |
| --- |
| ★**事業者名**（○○市○○課、○○保健所、学会の名称等を記入してください） |
| ★**事業者区分**(一つだけ選んで下さい) | □市町村（保健センター等）　　 □都道府県本庁　　　　　□都道府県保健所　□政令市・特別区（本庁・保健所等） □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| ★**住所**　〒　　　　　　　　　　都 ・ 道　　　　　　　　　　府 ・ 県 |
| **★ホームページURL** |
| **★人口規模**□3,000人未満□3,000～10,000人未満□10,000～30,000人未満□30,000～100,000人未満□100,000～200,000人未満□200,000～300,000人未満□300,000～500,000人未満□500,000～1,000,000人未満□1,000,000～2,000,000人未満□2,000,000人以上 | **★出生数**□30人未満□30～100人未満□100～300人未満□300～600人未満□600～1,000人未満□1,000～1,500人未満□1,500～3,000人未満□3,000～10,000人未満□10,000～20,000人未満□20,000人以上 |
| ★**母子保健担当者**□事務　　　□保健師　□栄養士　　□歯科衛生士　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | **全保健師数**（保健師がいる団体のみ記入）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| **母子保健担当保健師数**（保健師がいる団体のみ記入）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |

**担当者情報　※データベース上では非公開です。**

|  |
| --- |
| **所属部署** |
| **ご担当者役職** |
| **フリガナ****★お名前** |
| ★**電話** | **FAX** |
| **★Eメールアドレス** |

**問い合わせ情報**※下記に記載された情報は事業者への問い合わせ情報として公開されます。

|  |  |
| --- | --- |
| **電話** | **FAX** |
| **Eメールアドレス** |

**事業コラボについて**

これまでの取組において他事業者(自治体・団体・企業)と連携した実績はありますか？

また今後他団体(企業)との連携を視野に入れていますか？（該当する項目にチェックしてください。）

|  |
| --- |
| □他事業者(自治体・団体・企業)との実績あり□他事業者(自治体・団体・企業)との実績なし□取組の連携を希望する、随時受け付けている□取組の連携は希望しない |

**取組内容　□公開　□非公開**（登録する事業が複数ある場合は、2～3ページをコピーして作成して下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| ★**取組名** |  |
| ★**取組課題** | □切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策□学童期・思春期から成人期に向けた保健対策□子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり□育てにくさを感じる親に寄り添う支援□妊娠期からの児童虐待防止対策□健康日本２１（第二次）に含まれる母子保健に関するテーマ |
| ★**取組の対象** | □新生児 □乳児 □幼児　 　□学童　 　□思春期　 □父親　　□母親 □妊産婦 □家族　 　□関係者・関係機関　□その他( 　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| **取組の背景** | ★この課題を取り上げた理由、地域で早急に取り組む必要がある理由等を記入してください |
| 提案者：　□住民　　　□自治体の長　　　□母子保健担当者　　　□顧客・利用者□職員・社員　　　□役員　　　□その他（　 　　　　　　　　　　　　　　） |
| **取組の****ねらい・目標** | ★記入してください |
| ★補足選択 | □住民が健康に関する知識、技術を身につけ、動機を高める。□住民が健康のために行動できる機会や環境を提供する。□住民が健康のために、より積極的な行動を継続できるように支援する。 |
| ★数値目標 | □ 数値目標あり　　　　　□ 数値目標なし |
| ★**取組内容** | 実施内容を具体的に記入してください。特に工夫した点や特徴的な点も記入してください。 |
| ★**実施期間** | 西暦　　　　年　　　月　（□不明）　～　西暦　　　　年　　　月　（□未定）　　　　　　　年　　　　　　ヶ月　計画　 |
| **期間内の****参加人数・****実施回数** |  |
| ★**取組内容****（補足選択）** | □既存事業の工夫 □相談機能の強化□個別支援や集団支援のツール開発 　　　　　　□ネットワークの推進□ケアシステムの構築　 　　　　　　□情報システムの構築□マニュアル・ガイドラインの作成　 □人材育成の強化（研修等）□調査・研究□その他（　　　 　　　　　　　　　　） |
| **協力機関**（貴団体は除く） | □保健センター・保健所 □精神保健福祉センター □福祉事務所□児童相談所 □子育て支援センター □保育園□幼稚園 □学校 □教育委員 □教育研究所□大学・研究機関 □警察 □消防署 □病院□診療所 □民間相談機関 □地域のボランティア□その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| ★**住民****参画状況** | □計画から参加　 □実施主体側として　　□なし□その他（　 　　　） |
| ★**従事者****内訳** | □保健師　　　□管理栄養士・栄養士　　　　□助産師　　　□心理職　　　□ソーシャルワーカー□医師　　　□看護師　　　□歯科医師　　　□歯科衛生士　　　□薬剤師　　　□整体師□言語聴覚士　　　□事務職員　　　□児童福祉主事　　　□保育士　　　□教員　　　□養護教諭□社員　　　□団体職員　　　□地域支援□登録会員□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ★**補助金・****助成金** | □.国　　□.都道府県　　□市町村　　□団体　　□.なし□その他（　　 ） |
| **取組の評価** | 事業の評価方法や評価結果があれば記入して下さい |
| □数値目標を評価した　□目標を達成した　□今後も継続する |
| **取組に関する****WEBサイトURL** |  |

＜記入上の注意＞

1.　★印は、必須項目です。書き漏れのないよう、ご注意・ご確認下さい。

1. □にはあてはまるものに✓印でチェックをして下さい。