

妊産婦健康診査受診票・新生児聴覚検査受診票・母子健康手帳(再)交付届出書

※太枠内の事項について妊婦(保護者)さん本人が記入してください。記入もれのないよう、該当するものに○をつけてください。ご家族が届出をする場合は、本人確認できる書類をお持ちください。

フリガナ											生 年 月 日	(西暦 年)				
妊婦(保護者) 氏 名												昭和・平成 年 月 日生				
マイナンバー (個人番号)													満 歳			
居住地 アパート・マンション名、方書きまで ご記入ください。	〒 ー 江別市										職 業	なし・あり() *継続予定・退職予定(年 月頃)				
電話番号	本 人: 夫(パートナー):											実家 (市区町村)		母方: 父方:		
フリガナ											生 年 月 日	(西暦 年)		職 業	同居 ・ 別居	入籍 ・ 未入籍
夫(パートナー) の氏名												年 月 日生				
交付を希望 するもの	1 妊産婦健康診査受診票・超音波検査受診票 2 新生児聴覚検査受診票 3 母子健康手帳															

1 妊産婦健康診査受診票 2 新生児聴覚検査受診票 を希望する方は「記入ください」	分娩予定日	令和 年 月 日 (出生以後の場合: 年 月 日生まれ 氏名:)													
	健診受診医療機関名														
	受診票交付希望理由	転入・紛失・その他()													
	※転入 年月日	年	月	日	※前住 所地	都・道 府・県	市・町・村								
	※出産・応援ギフトを前住所地で				申請済み・申請未・不明										

※印の項目は、転入された方のみご記入ください

3 母子健康手帳 を希望する方は 「記入ください」	母子健康手帳 再交付希望理由	紛失・その他()													
	妊娠中の場合	分娩 予定日	令和 年 月 日												
	出生以後の場合	子氏名			生年 月日	平成・令和 年 月 日									
		子氏名			生年 月日	平成・令和 年 月 日									

上記のとおり届出し、あわせて妊産婦一般健康診査受診票等または母子健康手帳を受け取りました。

※妊婦ご本人が届け出る場合は日付と氏名のみお書きください。

令和 年 月 日 届出人氏名 _____ 【妊婦(保護者)との関係: _____】
(住所: _____)
(生年月日: 昭和・平成 年 月 日生)
(あて先) 江 別 市 長 (ご連絡先: _____)

*** 妊婦の方は、裏面のアンケートもご記入ください。**

す。

このアンケートは、妊婦さん、赤ちゃんの健康を守るため、妊娠・出産・育児を切れ目なくサポートしていくためのものです。

妊婦さんご本人がご記入ください。記入もれのないよう、該当するものに○をつけてください。

1	このたびの妊娠を知ってどのようなお気持ちでしたか		とてもうれしかった ・ 予想外だがうれしかった 予想外でおどろきとまどった ・ 困った ・ 特に何とも思わなかった										
2	出産したことはありますか		いいえ	はい	()回)								
3	これまでの妊娠・出産で右記の経験はありますか		いいえ	はい	自然流産()回) ・ 人工妊娠中絶()回) ・ 死産 ・ 早産 体重2,500g未満のお子さんを出産 ・ 出生後1年以内にお子さんを亡くした								
4	これまでにかかったことのある病気や妊娠合併症、障がいがありますか		いいえ	はい	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 腎疾患 ・ 心疾患 ・ 甲状腺疾患 ・ 婦人科系疾患 妊娠高血圧症候群 ・ 妊娠糖尿病 ・ 手帳（療育 ・ 身体 ・ 精神） その他()								
5	これまでに心理的・精神的な問題でカウンセラーや医師等に相談したことはありますか		いいえ	はい	通院中 ・ 通院終了 ・ その他() (病名：) (医療機関名：)								
6	現在の気持ちや体調はいかがですか		よい	よくない	つわり ・ 疲れやすい ・ 眠れない ・ 気分が沈む ・ 不安 ・ イライラする その他()								
7	出産費用や生活費に困っていますか		いいえ	はい	内容()								
8	夫(パートナー)との関係で困っていることはありますか		いいえ	はい	不仲 ・ きつい言葉 ・ 暴力 その他()								
9	このたびの妊娠・出産にあたり、不安なことはありますか		いいえ	はい	自分の身体のこと ・ 仕事のこと ・ 産前産後のサポート体制 ・ 今後の育児上の子のこと ・ その他()								
10	あなたが悩んでいるときに相談によってくれたり、協力してくれる人はいますか		いいえ	はい	夫(パートナー) ・ 自分の親やきょうだい ・ 夫の親やきょうだい かかりつけ医 ・ 保育園や幼稚園 ・ インターネット ・ 友人 その他()								
11	産後の滞在先はどこですか			自宅 ・ 自分の実家 ・ 夫(パートナー)の実家 ・ 未定 ・ その他()									
12	産後の協力者はどなたですか			夫(パートナー) ・ 自分の親 ・ 夫の親 ・ 民間サービス ・ その他() ・ いらない									
13	あなた自身は、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか			ある ・ なんとなくある ・ あまりない ・ ない									
14	これまでに赤ちゃんを抱っこしたり、お世話をしたことがありますか					ある ・ ない							
	現在、お子さんがいる方は、お子さん(きょうだい)の名前・生年月日などを記入してください												
お名前		続柄	同居・別居	生年月日			健康状態・治療中の病気			職業・学校・保育園・幼稚園等			
			同 ・ 別	H・R	年	月	日						
			同 ・ 別	H・R	年	月	日						
			同 ・ 別	H・R	年	月	日						

心配なことや相談したいことがありましたら、ご自由にお書きください。

※ご記入いただいた内容は、個人情報の保護に関する法律に基づき、保健指導及び家庭訪問等の目的以外には使用いたしません。
※ご記入いただいた電話番号は、「こんにちは赤ちゃん事業」等で連絡させていただく場合がありますので、市役所子育て支援課等関係
部署に情報提供させていただきます。

担当者記入欄	受診票 交 付	対象区分	1 転入 2 紛失 3 その他									
		週数確認	1 ユニットベースシステムで計算→(妊娠 週) 2 母子健康手帳(紛失の場合のみ)									
	決定欄	交付物	1 妊婦一般健康診査・超音波検査・産婦健康診査受診票 2 新生児聴覚検査受診票 3 母子健康手帳									
		受診票 交付枚数	妊婦一般健康診査受診票()枚 <u>1</u> 2 3 4 <u>5</u> 6 7 8 9 10 <u>11</u> 12 13 14 (交付したものに○)									
			超音波検査受診票()枚 1 2 3 4 5 6 (交付したものに○)									
			産婦健康診査受診票()枚 1 2 (交付したものに○)									
		交付日	年 月 日					交付担当				
備考												