

妊娠届出書兼妊婦健康診査費助成申請書

母子手帳番号 2301-

妊産婦 個人番号		届出・申請日	年	月	日 (妊娠満 週)
名前 (ふりがな)					職業
生年月日 S・H 年 月 日 (歳)					
住所：川西市				連絡先 (携帯電話)	
結核検査	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない	性感染症検査	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない	出産予定日 年 月 日	
妊娠を診断した医療機関			医師または助産師の氏名		
妊婦健診受診医療機関名	<input type="checkbox"/> 同上 () 都道府県 () 市区町村				
上記のとおり届出・申請します。					
川西市長あて 届出・申請者氏名 _____ 妊婦本人でない場合 続柄 ()					
※今回の妊娠中に他市から転入した方	転入日 : 令和 年 月 日			市区町村より転入 (妊娠 週)	
	母子手帳の交付日 : 令和 年 月 日 (妊娠 週)				

質問項目	① 夫/パートナーの氏名【 _____ 】 職業【 _____ 】 生年月日 (年齢)【 S ・ H _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳】
	② 今回妊娠されて、今のお気持ちはいかがですか。 <input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 戸惑いがある <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 特に何も思わなかった
	③ 何回目の妊娠ですか。 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回以上 (_____) 回目 (子ども _____ 人)
	④ 今までに生まれたお子さまで気がかりなことはありましたか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
	⑤ 今までにかかった病気・治療中の病気はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心疾患 ・ 腎疾患 ・ その他 (_____))
	⑥ 精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科などに相談したことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)
	⑦ 妊娠・出産・育児について身近に相談したり、協力してくれる人がいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (夫/パートナー ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 ・ その他 (_____))
	⑧ 里帰り出産の予定はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (里帰り先 _____) <input type="checkbox"/> 未定
	⑨ 実家はどちらですか。 妊婦 (市内 ・ その他 (_____)) 夫/パートナー (市内 ・ その他 (_____))
	⑩ 現在、妊婦や同居の方はタバコ (加熱式タバコを含む) を吸いますか。 <input type="checkbox"/> 妊婦 (吸う (_____ 本/日) ・ 吸わない ・ やめた) <input type="checkbox"/> 夫/パートナー (吸う (_____ 本/日) ・ 吸わない ・ やめた)
	⑪ 妊娠がわかってから、アルコール類を飲みますか。 <input type="checkbox"/> 飲む (_____ 本・合/日) <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 元々飲まない
	⑫ 妊娠中に保健師・助産師による家庭訪問を希望しますか。 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (_____ 月頃)

訪問妊婦自署

※保健センターの保健師・助産師、または市が委託している助産師会の助産師が妊娠中に連絡・訪問させていただきます。

⑬ 心配なこと・気がかりなことはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [1. 妊娠や健康のこと 2. 産後の子育てのこと 3. 家族のこと 4. 経済的なこと 5. 住居のこと 6. 仕事のこと 7. 上の子の育児に関すること 8. その他 (_____)]

妊婦健康診査費助成方法 (助成券 ・ 償還 / 14回 ・ 9回 / _____ W)	事務処理者	<input type="checkbox"/> 低
<input type="checkbox"/> 助成券後日発送 : 発送日 (年 月 日) 住定日 : 年 月 日 (_____ W)	発送者	

日にち (妊娠週数)	内容	面接 訪問者
	【来所者】 妊婦・夫/パートナー・妊婦の父/母・夫の父/母・妊婦兄弟姉妹 その他（ ） ・ レターパック	

- 面談済（申請書配布済）
- 面談未（申請書配布未）⇒面談予定日（R 年 月 日）(来所 ・ WEB)：面談したら発送日も記録すること。
- 他市で申請済み（転入）

確認 個 ・ 免 ・ パ ・ 保 ・ 年 ・ 他	助 □ 地区へコピー済 □ ()		
-----------------------------	----------------------	--	--