

【転入妊婦】 【母子手帳、妊婦健康診査受診券等再交付】

妊婦健康診査等受診券交付・ 母子健康手帳再交付 申請書			受付日	年	月	日
			転入日	年	月	日
ふりがな		生年月日	年	年齢	職	業
母親氏名 (妊婦)		年 月 日	満	歳		
ふりがな		生年月日	年	年齢	職	業
父親氏名		年 月 日	満	歳		
住民票 所在地 (居住地)	前住所：(市町村名)					
	現住所：東大阪市 電話 ()					
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入による、妊婦健康診査受診券等の差し替え交付 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳紛失・破損、妊婦健康診査受診券等を紛失した為の再交付 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠中の方への追加交付受診券の紛失、破損のための再交付 <input type="checkbox"/> その他 ()					
妊娠中の方	現在の妊娠週数	妊娠回数 (今までの出産回)	母子健康手帳交付日			
	満 週		年	月	日	
	分娩予定日	出産予定の医療機関・助産所				
	年 月 日					
今後の支援のため世帯状況の確認や医療機関等に連絡をする場合がありますので、 ご了承ください。 <input type="checkbox"/> 了承しました						
他自治体で、出産・子育て応援交付金による出産応援ギフトの支給を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 受けています ・ <input type="checkbox"/> 受けていません						
(◎受けていない場合) 妊娠を確認するために、医療機関を受診されましたか。 <input type="checkbox"/> はい 医療機関・助産所の名称 () ・ <input type="checkbox"/> いいえ						
(◎受けていない場合) 東大阪市にて出産応援ギフトの支給を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望します ・ <input type="checkbox"/> 希望しません						
出産後の方	子どもの氏名		子どもの生年月日			
			年	月	日	生まれ
(宛先) 東大阪市長 上記のとおり申請し、交付を希望します 年 月 日 申請者氏名 妊婦・産婦との続柄 (本人 ・)						

東大阪市記入欄

妊婦健康診査受診券	前住所での使用枚数 () 枚		東大阪市発行枚数 () 枚			
産婦健康診査受診券	前住所での使用枚数 1・2 枚		東大阪市発行枚数 1・2 枚			
乳児一般健康診査受診券	<input type="checkbox"/> 交付済み	新生児聴覚検査受検票		<input type="checkbox"/> 交付済み		
多胎券交付チェック欄	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠中の方への追加交付受診券 合計 枚 (妊婦健診 枚、新生児聴覚、乳児一般) 交付済み					
ハッピーママギフト	(希望者に対して) <input type="checkbox"/> ギフトの案内交付済み <input type="checkbox"/> ギフト未案内者用チラシ交付済み					

転入妊婦の方へ 現在のご様子について裏面のアンケートにご記入下さい。 2023.3

転入された妊婦のかたへ

このアンケートは、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。

秘密は堅く守りますので、ご協力下さい。当てはまるものを○で囲み、()内にご記入ください。

※保健センターでは、妊娠中から保健師等が電話、面接、家庭訪問で相談を受けています。気軽にご相談ください。

1. これまでの妊娠・出産は順調でしたか (※妊娠2回目以降の方のみ)	はい ・ いいえ
◎いいえの理由	(流産 死産 低出生体重児 強いつわり 高血圧 たんぱく尿 その他 ())
2. 今回の妊娠は順調ですか	はい ・ いいえ
3. 今回、予定した妊娠でしたか	はい ・ いいえ
4. 今回、妊娠されて今のお気持ちはいかがですか	うれしい ・ 不安 ・ とまどいがある ・ 困っている ・ その他
5. 現在、アルコールは飲みますか	飲まない ・ やめた ・ 時々飲む ・ よく飲む
6. 現在、たばこは吸いますか	吸わない ・ 妊娠前に禁煙 ・ 妊娠後に禁煙 ・ 現在喫煙中 (本/日)
周りに吸う人はいますか	いない ・ いる (配偶者 家族 その他)
7. 現在、口と歯の健康のことで困ったことはありますか	いいえ ・ はい
8. 今までに大きな病気にかかったことがありますか	いいえ ・ はい (病名)
9. 過去や現在に、こころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか	いいえ ・ 過去に相談したことがある ・ 現在相談している ↓ 内服なし ・ 内服中
10. 現在、心かたさぐ、気分が沈む、なんとなく不安になる、気持ちが落ち着かない等のことがありますか	いいえ ・ はい
11. 妊娠・お産のことで相談や協力してくれる人がいますか	はい (夫 ・ 実家の母 ・ その他) ・ いいえ
12. 何かご相談したいことはありますか	いいえ ・ はい
◎はいの内容	(育児の協力者 夫 (パートナー) のこと 上の子のこと 家族のこと 経済 (生活費、転職、失業、借金など) 薬物 暴力 その他 ())

サイン()