

妊娠届出書 及び 妊婦健康診査補助券等交付申請書（転入者用）

|                     |                                                           |        |                                        |                          |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------|--------------------------|
| (ふりがな)              | 生年月日                                                      |        | 年齢                                     | 職業                       |
| 妊婦氏名                | S<br>H 年 月 日                                              |        |                                        | 無・有〔 〕<br>(①休職予定、②今後やめる) |
| 個人番号                | ※個人番号確認<br>その他( ) 同意 あり・なし                                |        |                                        |                          |
| (ふりがな)              | 生年月日                                                      |        | 年齢                                     | 職業                       |
| 夫氏名<br>(パートナー)      | S<br>H 年 月 日                                              |        |                                        | (育児休暇取得予定 あり・なし)         |
| 住民票の<br>あるところ       | 葛城市                                                       | 連絡先①   |                                        |                          |
|                     |                                                           | 緊急連絡先② | 続柄( )                                  |                          |
| 住んでいる<br>ところ        | <input type="checkbox"/> 同上(住民票と同じであれば、□にレを記入)            | 婚姻形態   | 既婚 入籍した年齢( 歳)<br>未婚 入籍予定：あり( 月頃)・未定・なし |                          |
| 同居家族の有無             | 無・有 夫(パートナー)・子( )人・実母・実父・義母・義父・その他( 人)                    |        |                                        |                          |
| 利用している<br>制度や手帳     | 無・有 療育手帳・障害者手帳・精神保健福祉手帳・自立支援医療・その他( )                     |        |                                        |                          |
| 非課税世帯、または生活保護世帯について | ①該当しない ②非課税世帯又は生活保護世帯<br>(⇒②に該当の方は妊娠判定受診料について別途申請をしてください) |        |                                        |                          |

|                        |                    |              |                  |             |
|------------------------|--------------------|--------------|------------------|-------------|
| 医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき | 妊娠の診察を受けた医療機関の名称   | ( 都 道 府 県 )  | 妊娠中健診を受ける医療機関の名称 | ( 都 道 府 県 ) |
|                        | 分娩予定の医療機関の名称       | ( 都 道 府 県 )  | 次回の健診日           | 年 月 日       |
|                        | 分娩予定日              | 年 月 日        | 転入日              | 年 月 日       |
|                        | 1年以内に結核に関する健康診断の有無 | ①受けた ②受けていない | 転入時の妊娠週数         | 満 週( か月)    |
|                        | 1年以内に性病に関する健康診断の有無 | ①受けた ②受けていない |                  |             |

【同意・誓約事項】 □にレ点をつけてください。

- ☐ 妊婦健康診査、妊婦のための歯周病検診、産婦健康診査、新生児聴覚検査、1か月児健康診査の利用状況や妊婦支援給付認定に必要な情報等の確認が必要な場合、医療機関や他市町村、関係機関へ問い合わせすることに同意します。
- ☐ 母子の健康を守るため、また赤ちゃん・子どもの健全な育成の推進のため、必要時医療機関や他市町村、関係機関と情報共有することに同意します。
- ☐ 下記代理人の場合は、妊婦支援給付金の給付認定ため、後日妊婦と保健師等が面談することに同意します。

以上を同意の上、母子健康手帳及び妊婦健康診査、妊婦のための歯周病検診、産婦健康診査、新生児聴覚検査、1か月児健康診査の補助券の交付を申請いたします。

葛城市長様

年 月 日

妊婦氏名（または代理人氏名）：

|                                            |          |       |
|--------------------------------------------|----------|-------|
| 私は、妊娠届及び妊婦健康診査補助券等交付申請について、次の者(代理人)に委任します。 |          | 年 月 日 |
| 代理人氏名                                      | (妊婦との関係) |       |
| 妊婦署名                                       |          |       |

|                |                                                                                                                    |                                                                                                                    |     |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 母子健康手帳番号       | 多胎の有無                                                                                                              | なし・あり(双胎・胎)                                                                                                        | 発行者 |
| 本人確認書類         | 申請者                                                                                                                | 対象者                                                                                                                |     |
| 顔写真あり<br>(1種類) | <input type="checkbox"/> 運転免許所(運転経歴証明書含む)<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 運転免許所(運転経歴証明書含む)<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> その他( ) |     |
| 顔写真なし<br>(2種類) | <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> その他( )                    | <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> その他( )                    |     |

※妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、妊娠中の健康状態やご家族の状況をお伺いします。  
 安心して出産・子育てができるよう妊娠中からサポートしていきたいと考えますので、記入のご協力をお願いします。  
 尚、下記の情報につきましては、目的以外に使用することはありません。

|                                                           |                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | ①初産      ②経産（出産回数      回）                                                                                                                        |
| 1    今までにお産の経験はありますか。                                     | 第1子    年    月    日生（    歳）<br>第2子    年    月    日生（    歳）<br>第3子    年    月    日生（    歳）<br>第4子    年    月    日生（    歳）                             |
| 2    流産 等を経験したことがありますか。                                   | ①なし<br>②あり（流産（妊娠12週未満）    回・死産（妊娠12週以降）    回・中絶    回）                                                                                            |
| 3    今回の妊娠は不妊治療をしましたか。                                    | ①いいえ    ②はい（    年    月～    ）                                                                                                                     |
| 4    今までの妊娠、出産について当てはまるものはありますか。<br>（※2回目以上の妊娠の方はご記入ください） | ①異常なし    ②帝王切開    ③妊娠高血圧症候群    ④妊娠糖尿病    ⑤頸管無力症<br>⑥切迫流産    ⑦切迫早産    ⑧早産（妊娠37週未満）    ⑨産後うつ<br>⑩低出生体重児（2,500g以下）    ⑪その他（    ）                    |
| 5    今までにかかった病気はありますか。                                    | ①なし<br>②あり⇒病名：心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎（    型）・膠原病<br>子宮疾患・卵巣疾患・甲状腺疾患・その他（    ）<br>⇒それはいつ頃ですか：（    年    歳頃）〔現在治療中・治療済〕                                 |
| 6    今までにカウンセラーや心療内科・精神科等に相談したことがありますか。                   | ①なし<br>②あり⇒それはいつ頃ですか：（いつ頃    ）<br>（症状    ）<br>（病院名    ）                                                                                          |
| 7    妊婦さんの性格は、どう感じますか。                                    | まじめ・楽天的・せっかち・のんびり・マイペース・人みしり・社会的<br>こわがり・短気・感情の起伏が激しい・神経質・心配性<br>その他（    ）                                                                       |
| 8    現在、健康状態はよいですか。                                       | ①健康    ②よくない（    ）                                                                                                                               |
| 9    今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。当てはまるもの全てに○をしてください。          | ①とてもうれしかった    ②うれしかった    ③予想外だったがうれしかった<br>④ホッとした    ⑤びっくりした    ⑥驚き戸惑った    ⑦困った<br>⑧特に何とも思わない    ⑨その他（    ）                                      |
| 10    現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などがありますか。               | ①なし<br>②あり⇒㊦妊娠・出産について    ㊧経済的なこと    ㊨自分の身体面のこと<br>㊩自分の精神面のこと    ㊪仕事のこと    ㊫家族関係のこと<br>㊬夫婦（パートナー）関係のこと（例    きつい言葉や暴力）<br>㊭上の子どものこと    ㊮ その他（    ） |
| 11    赤ちゃんのいる生活はどんなイメージですか。                               | ①かわいい    ②楽しそう    ③泣いて大変そう    ④しんどそう<br>⑤お金がかかりそう    ⑥イメージがわからない    ⑦考えたことがない<br>⑧その他（    ）                                                      |
| 12    里帰りの予定はありますか。                                       | ①はい    （    都道府県    市町村    ）    ②いいえ                                                                                                             |
| 13    困った時に助けてくれる人、相談できる人はいますか。                           | ①いいえ    ②はい⇒夫（パートナー）、家族、その他（    ）<br>妊婦の家族：母、父、兄弟姉妹、祖母、祖父<br>夫（パートナー）の家族：母、父、兄弟姉妹、祖母、祖父                                                          |
| 14    家族の健康状態                                             | ①健康    ②よくない（誰が    病名    ）                                                                                                                       |
| 15    現在、お酒を飲みますか。                                        | ①飲まない    ・    ②飲む                                                                                                                                |
| 16    現在、あなたはタバコを吸いますか                                    | ①もともと吸わない    ②妊娠前にやめた（    年前    か月前    ）<br>③妊娠がわかってやめた（    か月前    日前    ）<br>④吸っている（1日    本）⇒禁煙しようと思いませんか（はい・いいえ）                               |
| 17    現在、夫（パートナー）や同居家族は、タバコを吸いますか。                        | ①もともと吸わない    ②妊娠がわかってやめた    ③妊娠して本数を減らした<br>④吸っている⇒誰が（夫・その他（    ）1日    本）<br>⇒禁煙しようですか（はい・いいえ）                                                   |