

# 母子健康手帳交付のご案内

【対象者】

さくら市に住民登録がある妊婦

【交付場所】

♥喜連川保健センター（さくら市喜連川 807 番地 8） ※月・水・金曜日 9時～16時

♥氏家保健センター（さくら市櫻野 1319 番地 3） ※月～金曜日 8時30分～17時15分

♡所要時間は40分程度です。時間に余裕を持ってお越しください♡



【持ち物】妊婦本人が交付を受ける場合：①～③ 代理人（届出者が妊婦の夫や家族）の場合：①～⑥

①妊娠届出書 ②健康保険証（妊婦が加入しているもの）③妊婦のマイナンバーカードまたは通知カード（写しも可）

④印鑑 ※代理人（届出者が妊婦の夫や家族）の場合必要です ⑤代理人の身分証明書（運転免許証・保険証等）

⑥委任状（押印したもの） ※③をお持ちでない場合は、事前に健康増進課へご相談ください。

## 委任状

委任者との続柄

代理人氏名 ( ) 代理人住所

私は上記の者を代理人と定め、下記の事項について委任します。  
 (委任事項)・妊娠届出の申請に関すること。

身分証明確認欄

免許証

保険証

マイナンバーカード

他

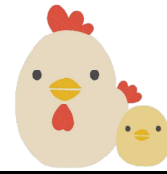
氏名 ④

## 妊 娠 届 出 書

妊婦氏名	ふりがな	生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳)			職業
		マイナンバー				
子の父氏名	ふりがな	生年月日	昭・平 年 月 日生 (満 歳)			職業
		同居	有 無	入 籍	有 無	
住 所	さくら市					
電話番号	(妊婦の連絡先) TEL		-	-	妊娠回数	今回を含め 回
	(子の父の連絡先) TEL		-	-	出産回数	回
妊娠週数	週		出産予定日	令和 年 月 日		
妊娠の診断並びに保健指導を受けた 医師又は助産師名		(☆診断日：令和 年 月 日)				
性病に関する健康診断	受けた	受けない	結核に関する健康診断	受けた	受けない	
上記のとおり届出いたします。						
さくら市長 宛						
令和 年 月 日			届出者氏名			

裏面の妊婦健康相談アンケートにご協力ください。

# 妊婦健康相談アンケート



1	今までにお産の経験がある方に伺います。これまでの妊娠やお産で、赤ちゃんやあなたの体について、何か問題がありましたか。	いいえ	はい : 流産 早産 死産 妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血 その他 ( )
2	今回の妊娠は、不妊治療をしましたか。	いいえ	はい
3	出産予定病院を記入してください。	病院名 ( )	
4	里帰りはしますか。父実家 ( ) 県) 母実家 ( ) 県)	はい (産後 ) 月くらいまで)	いいえ
5	出産後、育児や家事を手伝ってくれる人はいますか。	はい (誰ですか )	いいえ
6	現在同居している家族に丸をつけてください。 夫・母 (実・義) ・父 (実・義) ・子 ( 人) ・他		
7	妊娠中や出産後、困ったときに相談する人について伺います。		
	○夫 (パートナー) には何でも打ち明けることができますか。	はい	いいえ
	○お母さん (実母) には何でも打ち明けることができますか。	はい	いいえ
	○夫やお母さん (実母) の他にも相談できる人がいますか。	はい	いいえ
10	家族について、困っていることはありますか。	いいえ	はい 家族の病気・介護 不仲 経済的なこと 他
11	あなた自身の父母について、最も近い印象のものの番号を記入してください。 父 ( ) 母 ( ) ①優しい ②怖かった ③厳しかった ④仕事が忙しくあまり一緒に遊ぶことはなかった ⑤父または母と離れて暮らした ⑥父母以外の人に育てられた ⑦他		
12	生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。	いいえ	はい
13	妊娠がわかったときの気持ちについて、もっとも近いものに○をつけてください。 ・ うれしい ・ 予想外だがうれしい ・ 驚き、とまどった ・ 困った ・ 特になんとも思わない ・ 不安 ・ その他 ( )		
14	心配事や困り事はありますか。	いいえ	はい 産後の育児 (赤ちゃんの世話等) 上の子供のこと 保育園 他
15	今までに、心療内科や精神科に受診したことやカウンセラーに相談したことがありますか。	いいえ	はい : 現在治療中 過去治療したことがある いつ頃 病名 医療機関名
16	過去 1 か月に心の不調はありましたか。	いいえ	はい : 落ち込む 緊張や不安を感じる 心配することを止められない 物事を楽しめない 他
17	今までに、腎臓病、糖尿病、心臓病、甲状腺疾患、婦人科系の病気などの病気にかかったことがありますか。	いいえ	はい (疾患名 )
18	お酒を飲みますか。	いいえ	妊娠して止めた はい (1日 ml)
	タバコを吸いますか。	いいえ	妊娠して止めた はい (1日 本)
	周囲にタバコを吸う人がいますか。	いいえ	いる ( 夫 職場 他 )

※窓口対応者記入欄 (確認後✓を入れる)

<返却> <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 印鑑	<配布物> <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 妊産婦健診受診券 <input type="checkbox"/> 聴覚検査受診券 <input type="checkbox"/> 医療費助成資格者証 <input type="checkbox"/> マタニティロゼット	<説明> <input type="checkbox"/> 母子手帳について <input type="checkbox"/> 妊産婦健診・聴覚検査受診方法 <input type="checkbox"/> 必要時県外の場合の説明 <input type="checkbox"/> 医療費助成について <input type="checkbox"/> セルフプランについて <input type="checkbox"/> 教室や相談等の案内 <input type="checkbox"/> 避難行動支援プラン <input type="checkbox"/> らっこルーム
---	---	--