

妊産婦健康診査受診票等発行申請書

未使用分の受診票発行を申請します。

発行理由
 転入
 紛失
 その他 ()

発行受診票
 妊婦健診 (回 ~ 回まで)
 産婦健診 (2 週間 ・ 1 か月)
 新生児聴力 ・ 1 か月児健診

※マイナンバー制度の施行に伴い、妊娠届出書にマイナンバーの記入が必要になりました。
 なお、マイナンバーについては、番号法に基づく事務に限り使用します。

下記の持ち物をご確認の上、来所ください。
 所要時間は30分～1時間程度です。時間に余裕を持ってお越しください

【交付場所】♥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

【問合せ】☎028-616-3732(こども家庭センター)

【持ち物】
 妊産婦健康診査受診票等発行申請書
 妊産婦健康診査受診票(転入前の市町村で発行されたもの)
 妊婦のマイナンバーカード
 妊婦の健康保険証または資格確認書
 妊婦名義の振込口座が確認できるもの(通帳など)

※代理人が申請する場合は委任状、印鑑が必要です。

妊婦氏名	ふりがな	生年月日	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	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)				
性感染症に関する健康診断	受けた	受けない	結核に関する健康診断	受けた	受けない	
母子保健法第15条の規定により、上記のとおり届出いたします。 マイナンバーを記入できないときは下記にチェック☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> マイナンバーを確認できる書類がないため、さくら市がマイナンバーの取得をすることに同意します。 さくら市長 宛 令和 年 月 日 届出者氏名						

※申請時に「個人番号の確認」「本人確認」を行っています。下記をご参考にご持参ください。

●妊婦本人が妊娠届を行う場合

マイナンバーカードをお持ちの方	<input type="checkbox"/> 妊婦のマイナンバーカード(1枚で両方の確認ができます)	
マイナンバーカードをお持ちでない方	下記のうち1点 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 写真付き身分証明書	下記のうち2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 写真なし身分証明書(学生証、社員証等) <input type="checkbox"/> 年金手帳

●代理人(妊婦以外)が妊娠届を行う場合

持ち物	代理人の本人確認	妊婦の番号確認
<input type="checkbox"/> 妊娠届出書 <input type="checkbox"/> 妊婦の健康保険証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 妊婦名義の振込口座が確認できるもの <input type="checkbox"/> 委任状 (こども家庭センターでのお渡し、またはホームページよりダウンロードしてください)	下記のうち1点 <input type="checkbox"/> 代理人のマイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書	下記のうち2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証または資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 写真なし身分証明書
	もしくは	<input type="checkbox"/> 妊婦のマイナンバーカード

✿裏面のアンケートもご記入ください✿



妊婦健康相談アンケート



太枠内の当てはまるところに○をつけてください

現在の健康状態はいかがですか。

・ よい ・ 何ともいえない (具体的に) ・ 悪い

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 ()

今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、またはお産の時に医師から何か問題があるといわれていますか。 いいえ はい ()

これまでに流産や死産等お子さんを亡くされたことがありますか。 いいえ はい ()

今回の妊娠は、不妊治療をしましたか。 いいえ はい ()

出産予定病院を記入してください。 病院名 () ・ 未定

里帰りはしますか。
妊婦実家 (市・町) 子の父の実家 (市・町) はい (産後 月 日 まで) いいえ

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

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

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

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)

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 優しく 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

出産費用や生活費など、経済的に困っていることがありますか。 いいえ はい () □ 生活保護を受けている

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) 保育園 上の子供のこと 夫との関係 (DV など) 仕事のこと ご自身の健康面 他)

希望することはありますか。 いいえ はい (沐浴練習 産後ケア 育児相談 他 ())

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。	妊婦	いいえ	はい : 現在治療中 過去治療したことがある いつ頃 診断名 医療機関名
	子の父	いいえ	はい : 現在治療中 過去治療したことがある いつ頃 診断名 医療機関名

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

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。	妊婦	いいえ	はい : 現在治療中 過去治療したことがある
			診断名 入院 : なし あり : 期間

今までに、腎臓病、糖尿病、心臓病などの病気にかかったことがありますか。	子の父	いいえ	はい : 現在治療中 過去治療したことがある
			診断名 入院 : なし あり : 期間

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)