

受診券交付 No. ()	妊婦健康診査受診券発行願			
妊婦氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	職業
夫(パートナー) 氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	職業
婚姻届提出	提出済み ・ 提出予定あり ・ 提出予定なし ・ 未定			
住 所	豊能町	電話 番号		
健康保険	妊婦 [国民健康保険、社会保険、その他 ()] 夫(パートナー) [国民健康保険、社会保険、その他 ()]			
妊娠の診断を 受けた医療機関	(医師・助産師名)		出産予定の 医療機関	
妊娠週数	週 (か月) 単胎 ・ 多胎 (人)			
出産予定日	年 月 日			
性病に関する健康診断を受けましたか	受けた ・ 受けていない			
1年以内に結核に関する健康診断を受けましたか	受けた ・ 受けていない			
上記のとおり届出します。 年 月 日 豊能町長 様 届出者氏名 妊婦との続柄 ()				

※裏面のアンケートも記入ください。

届出時、下記をご提示ください。				
<input type="checkbox"/> 本人確認書類 顔写真入りのものは1点(例:マイナンバーカード、免許書、パスポート等) 顔写真なしのものは2点(例:健康保険証、年金手帳、キャッシュカード等)				
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診券 代理人の届出時は上記に加え、				
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類(顔写真入りのものは1点、顔写真なしのものは2点)				
担当者確認欄	・本人確認書類確認	未	・ 済	
	・住基確認	未	・ 済	
	・母子健康手帳コピー (表紙、妊婦健診結果)	未	・ 済	10,000円 () 枚
	・転入前妊婦健康診査受診券の回収	未	・ 済	2,000円 () 枚
	・妊婦健康診査受診券の発行	未	・ 済	受診券 () 枚・補助券 1,000円 () 枚
	・アンケートの記入	未	・ 済	
	・出産応援交付金申請の有無(転入前)		有	・ 無
				年 月 日 受付者 ()

(備考)

豊能町では、母子の健やかな生活を支援し、安心して出産・子育てをしていただくために、アンケートを実施しています。差し支えない範囲で、以下の項目にお答えください。

なお、ご記入いただいた内容について、育児相談やその他の母子保健業務に使用させていただき、保健師が訪問や電話をさせていただくことがございます。

1	現在、次のような症状はありますか。 ※複数回答可 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> その他 ()
2	現在、治療中の病気等はありませんか。または今まで大きな病気や治療をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [高血圧、糖尿病、心臓病、不妊治療、その他(病名: 投薬:)
3	精神的なことで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。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)
4	お酒を飲みますか <input type="checkbox"/> 以前から飲まない <input type="checkbox"/> 以前は飲んでいたが今は飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 毎日飲む
5	たばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> 以前から吸わない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが今は吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日)
6	あなたの身近な人にたばこを吸う人はいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる()
7	あなたの職業について <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 常勤(正社員) <input type="checkbox"/> 派遣・契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職
8	今回の妊娠は何回目ですか。 () 回目
9	今回の妊娠について、あなたの気持ちを教えてください。 ※複数回答可 <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑っている <input type="checkbox"/> 不安や負担感が大きい <input type="checkbox"/> 育てる自信がない <input type="checkbox"/> 特に何も感じない <input type="checkbox"/> その他()
10	この1か月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになることがよくありましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
11	この1か月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
12	あなた自身子どもの頃に愛情を受けて育ったと感じますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	現在、あなたと同居している方について教えてください。 ※複数回答可 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 子ども()人 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他()
14	妊娠・出産・子育てについて相談したり、支援してくれる人を教えてください。 ※複数回答可 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他()
15	里帰りの予定はありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 有 (日間)
	里帰り先の連絡先 住所: 様方 電話番号:
16	今回の妊娠・出産・育児等について、心配なことはありますか。 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 妊娠や健康のこと <input type="checkbox"/> 産後の子育てのこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 住居のこと <input type="checkbox"/> その他()