

受診券交付 No. ()	妊 婦 健 康 診 査 受 診 券 発 行 願									
ふりがな			生 年 月 日		職業					
妊婦氏名			年 月 日(歳)							
			妊 婦 本 人 の 個 人 番 号							
ふりがな			生 年 月 日		職業					
夫(パートナー) 氏名			年 月 日(歳)							
住所	豊能町				電話	自宅 () 携帯 ()				
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()]									
妊娠週数	週(力月)		出 産 予 定 日		年 月 日					
妊娠の診断を 受けた医療機関			出産予定医療機関							
これまでの出産歴	有(回) ・ 無		これまでの妊娠歴		有(回) ・ 無					
性病に関する 健康診断の有無	受けた ・ 受けていない		結核に関する 健康診断の有無		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 続柄()										

届出時、下記をご持参ください。

- ☐ 個人番号のわかるもの
例：個人番号（マイナンバー）カード、通知カード、個人番号記載の住民票等
- ☐ 本人確認書類 顔写真入りのものは1点（例：個人番号カード、運転免許証、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）
- ☐ 母子健康手帳
- ☐ 妊婦健康診査受診券

代理人の届出時は上記に加え、下記が必要です。

- ☐ 委任状
- ☐ 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）

町記入欄	
☐ 本人確認書類	☐ 給付金の申請有無確認（転入前）
☐ 母子手帳コピー（表紙、妊婦健診結果）	☐ アンケート記入
☐ 転入前受診券回収	
☐ 受診券発行 受診券()枚・補助券 10,000 円()枚、2,000 円()枚、1,000 円()枚 受付 年 月 日 ()	

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） □ 特になし □ 血圧が高い □ むくみ □ 気分の落ち込み □ その他（ ）
2	現在、治療中の病気等がありますか。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。 □ 無 □ 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。 □ 無 □有 （内容： ）
4	あなたは、お酒を飲みますか。 □ 前から飲まない □ 妊娠がわかりやめた □ 現在も飲んでいる
5	あなたは、たばこを吸いますか。 □ 前から吸わない □ 禁煙した → いつ頃（ 週・月前） □ 喫煙中（ 本/日）
6	あなたの身近な人に喫煙者はいますか。 □ いない □ いる → どなたですか（ ）
7	あなたの職業について □ 常勤（正社員） □ 派遣・契約社員 □ パート・アルバイト □ 自営業 □ 学生 □ 無職
8	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） □ うれしい □ 予想外で驚いたが嬉しい □ 予想外で戸惑っている □ 不安や負担感が大きい □ 育てる自信がない □ 特に何も感じない □ その他（ ）
9	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。 □ いいえ □ はい
10	この1か月間、どうも物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。 □ いいえ □ はい
11	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。 □ はい □ いいえ
12	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） □ 夫（パートナー） □ 子ども（ ）人 □ 実父 □ 実母 □ 義父 □ 義母 □その他（ ）
13	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） □ 夫（パートナー） □ 実父 □ 実母 □ 義父 □ 義母 □ その他（ ）
14	里帰りの予定はありますか。 □ 無 □ 未定 □ 有 （ 日間） 里帰り先の連絡先 住所： 様方 電話番号：
15	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。 □ 特になし □ 妊娠や健康 □ 産後の子育て □ 家族関係 □ 仕事 □経済面 □住居 □ 上の子の育児 □ その他（ ）