

妊： 1 2 3 4 5 6 7  
8 9 10 11 12 13 14

〔交付受診票種類〕 産： 2W 1M / 新生児聴覚〔対応者〕

## 妊産婦健康診査等受診票交換申請書

【要確認】 転入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
転入前母子手帳交付日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
妊産婦医療申請確認

私は足利市に転入し、妊産婦健康診査等を受診するために必要ですので、転入前の自治体で交付された受診票と足利市の受診票を交換したいので、申請いたします。

ふりがな 妊産婦氏名		生年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	職業	
ふりがな 夫氏名(児の父)		生年 月 日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	職業	
婚姻関係	既婚 ・ 入籍予定 ・ 入籍予定なし		健康保険 種別	国保 ・ 社保他 ・ 生活保護/無保険	
世帯主名		連絡可能な 電話番号	携帯 (妊産婦・夫) ・ 自宅 ・ その他	本籍 (国籍)	
住所	足利市 _____ 町 _____ 番地 (アパート名等 _____ 号室)				
出産予定日 (出産日)	年 月 日	妊娠 回数	(今回の妊娠を含む) 回	出産 回数	回
妊娠週数	_____ 週		性病に関する健康診断	今回の妊娠後受けた ・ 受けていない	
	22週以降に届け出を出された方は 理由を下記から選んでください 1 時間が無かった 2 体調が悪かった 3 妊娠に気付いていなかった 4 忘れていた 5 その他( _____ )		結核に関する健康診断	今回の妊娠後受けた ・ 受けていない	
胎児数	単胎 ・ ( _____ )胎				

妊産婦以外の代理の方が申請書の提出をする場合に記載をお願いします。

上記のとおり申請します。

\_\_\_\_\_ 年 月 日  
足利市長 あて

妊産婦氏名  
\_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

妊産婦健康診査 受診票を受領しました。  
新生児聴覚検査

妊産婦氏名  
\_\_\_\_\_

\* 裏面の『妊産婦さんへのアンケート』のご協力をお願いいたします。

### 委任状

足利市長 あて

\_\_\_\_\_ 年 月 日

本人(妊産婦) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

私は、下記の者を代理人と定め、妊産婦健康診査受診票、新生児聴覚検査受診票の交換の手続き及び受領に関する権限を委任します。

記

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

# 妊産婦さんへのアンケート

足利市では、安心して出産を迎えることができるように応援しています。お子様の健やかな成長をサポートするために活用させていただきますので、アンケートのご協力をお願いします。

ご記入いただいた内容は、母子保健事業や子育て支援事業以外の目的には使用いたしません。

□にチェックを入れて下さい。

(複数回答可)

氏名	住所 TEL
1 今回の妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか？	<input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが、嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> その他 ( )
2 あなたが悩んでいる時、相談できる人や場所はありますか？	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 自分の父 <input type="checkbox"/> 自分の母 <input type="checkbox"/> 夫の父 <input type="checkbox"/> 夫の母 <input type="checkbox"/> 自分のきょうだい <input type="checkbox"/> 夫のきょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 電話相談 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 誰もいない <input type="checkbox"/> その他 ( )
3 出産後、家事や育児を手伝ってくれる人はいますか？	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 自分の父 <input type="checkbox"/> 自分の母 <input type="checkbox"/> 夫の父 <input type="checkbox"/> 夫の母 <input type="checkbox"/> 自分のきょうだい <input type="checkbox"/> 夫のきょうだい <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> 誰もいない <input type="checkbox"/> その他 ( )
4 たばこを吸いますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 本/日) <input type="checkbox"/> 妊娠をきっかけにやめた
5 妊娠中の喫煙や飲酒は、胎児に悪影響があること、未熟児や早産のリスクが高まることを知っていますか？	喫煙のリスク→ <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない
	飲酒のリスク→ <input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知らない
6 こどもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> どちらかといえばある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
7 里帰りの予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい (□市内 □市外→ 市・区・町・村) <input type="checkbox"/> いいえ 県外の医療機関で出産予定の方は医療機関名 ( )
8 今回の妊娠は不妊治療をしましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 (1) 今までにかかった病気はありますか？	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 卵巣のう腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし
	(2) 現在治療中の病気又は妊娠中の気になる症状はありますか？
10 この1年間に、2週間以上続く右のような症状がありますか？	<input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 涙ぐみやすい <input type="checkbox"/> 何もやる気がしない <input type="checkbox"/> ひどい落ち込みがあった <input type="checkbox"/> 物事に興味がない <input type="checkbox"/> 該当なし
11 今、心配なことはありますか？	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 自身の健康面のこと <input type="checkbox"/> パートナー、家族のこと <input type="checkbox"/> 出産に関すること <input type="checkbox"/> その他 ( )
◇以下は2回目以降の妊娠となる方のみお答えください◇	
12 今までに妊娠中、および出産や赤ちゃんについて、次のようなことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 低体重児 <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし

★ 子育て世代包括支援センターの職員がアンケート内容の確認等で電話をする場合がありますので、ご都合のよい時間帯を選んでください。(健康増進課 Tel.0284-22-4514 からの連絡となり

□いつでも □午前中 □お昼休み ( 時ごろ) □午後 □夕方

以上です。ご協力ありがとうございました。