

# 母子健康手帳再交付・母と子の健康のしおり交付 申 請 書

申請理由：転 入 ・ 紛 失 ・ その他（ ）

妊婦または 保護者氏名		生年 月日	昭 和 ・ 平 成 年 月 日 ( 歳)
妊娠週数 (月数)	週 ( か月)	出産 予定日	令 和 年 月 日
居 住 地	現住所	三春町 ☎ — — メールアドレス:	
	前住所	受診している医療機関名	
母子手帳 交付市町村	.....都道府県 ( )市町村	個人番号	
		国 籍	日本 ・ ( )
<b>健康診査受診状況</b> * 母子手帳で受診状況を確認のう え、前住所地で受診済みの健診 に○をつけてください。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 前期①      • 後期②      • 20週前後④      • 36週前後③</li> <li>• その他の期：⑤, ⑥, ⑦, ⑧, ⑨, ⑩, ⑪, ⑫, ⑬, ⑭, ⑮</li> <li>• 産後2週間健診⑳      • 産後1ヶ月健診㉑      • 妊婦歯科健診</li> <li>• 新生児聴覚検査      • 1か月児健康診査</li> </ul>		
<b>受診票残りの枚数</b> * 前住所地で交付された受診票を 確認のうえ、未使用受診票に○を つけてください。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 前期①      • 後期②      • 20週前後④      • 36週前後③</li> <li>• その他の期：⑤, ⑥, ⑦, ⑧, ⑨, ⑩, ⑪, ⑫, ⑬, ⑭, ⑮</li> <li>• 産後2週間健診⑳      • 産後1ヶ月健診㉑      • 妊婦歯科健診</li> <li>• 新生児聴覚検査      • 1か月児健康診査</li> </ul>		
<b>妊婦のための支援給付</b> * 前住所地での実施状況を記入 ください。不明な場合は、転 入前市町村に問い合わせさせ ていただく場合があります。	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 妊娠届出時面談：未・済      • 妊娠8か月アンケート：未・済</li> <li>• 出生届出後面談：未・済</li> <li>• 妊婦支援給付金：1回目 未・済      2回目 未・済</li> </ul> <p>*実施状況不明 転入前市町村への問い合わせについて 承諾・不承諾</p>		
<b>★ 出産後のお子さんの場合（母子手帳の再交付のみ記入）</b>			
お子さんの氏名		生年月日	平 ・ 令 年 月 日 ( 歳)
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
三春町長 様			
申請者：住所 三春町 _____			
氏名 _____			
(本人との関係： )			

伺	上記申請がありましたので交付してよろしいか				
	令和 年 月 日				
決	町 長	副町長	課長	G長	取扱者
	専決	専決			
裁	令和 年 月 日				

処 理 確 認	住所 確認： 済
	母子手帳・受診票交付 No  19—
	台帳記入： 済

## 🎉🎉🎉 出産前のアンケート 🎉🎉🎉

太枠内の当てはまるところに☑をつけてください。記入いただいた内容は、お母さんと赤ちゃんが安心して生活できるために活用するもので、個人情報として取り扱い、プライバシーを保護いたします。

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	
妊娠がわかった時の気持ちに、最も近いものに☑をつけてください。	☐うれしい ☐予想外だがうれしい ☐予想外で驚き戸惑った ☐困った ☐特に何とも思わなかった ☐不安 ☐その他 ( )	
今回の妊娠中に、お腹の赤ちゃんやあなたの体について、お産の時について医師から何か問題があると言われていましたか	☐いいえ ☐はい ( )	
これまでに流産や死産、出産後1年間に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: )	
里帰り出産の予定はありますか。 妊婦実家 ( 県) 父の実家 ( 県)	☐いいえ ☐はい (産後 カ月くらいまで)	
出産後、育児や家事を手伝ってくれる人はいますか。	☐いいえ ☐はい (誰ですか: )	
現在同居している家族に☑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	☐いいえ ☐はい
	お母さん(実母)には何でも打ち明けることができますか	☐いいえ ☐はい
	夫やお母さん(実母)の他にも相談できる人がいますか	☐いいえ ☐はい
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 ☐他	
ご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優しかった 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がなかった 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その他	
出産費用や生活費など、経済的に困ることがありますか。	☐いいえ ☐はい ( )	
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 ☐過去に治療した (いつ頃: 、病名: 、医療機関名: )	
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(病名: )	
心配事や困り事はありますか	☐いいえ ☐はい → ☐産後の育児 ☐保育園 ☐仕事のこと ☐上の子のこと ☐夫との関係(DVなど) ☐ご自身の健康面 ☐その他	
過去1カ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 ☐物事を楽しめない ☐心配することを止められない ☐その他 ( )	
お酒は飲みますか。 タバコを吸いますか。 周囲にタバコを吸う人がいますか。	☐いいえ ☐妊娠してやめた ☐はい(1日 ml) ☐いいえ ☐妊娠してやめた ☐はい(1日 本) ☐いいえ ☐いる(☐夫 ☐職場 ☐その他 )	
切れ目のない支援のため、関係機関と必要な情報を共有することについて同意しますか? ☐同意しない ・ ☐同意する		
本人署名 _____		