

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 (ヶ月)	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 ・()

健康診査受診状況 * 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"> ・前期：1 ・後期：2 ・20週前後 ・36週前後 ・他期：5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ・産後2週間健診・産後1ヶ月健診 ・妊婦歯科健診 ・新生児聴覚検査
--	---

受診票残りの枚数 * 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"> ・前期：1 ・後期：2 ・20週前後 ・36週前後 ・他期：5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ・産後2週間健診・産後1ヶ月健診 ・妊婦歯科健診 ・新生児聴覚検査
--	---

出産・子育て支援事業 * 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。	<p>伴走型相談支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠届出時面談：未・済 ・妊娠8ヵ月アンケート：未・済 ・出生届出後面談：未・済 <p>出産・子育て応援ギフト ・出産応援ギフト：未・済 ・子育て応援ギフト：未・済</p> <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>
---	---

★ 出産後のお子さんの場合（母子手帳の再交付のみ記入）

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 _____ 印 _____

（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 裁	町 長	副町長	課長	G長	取扱者
	専決	専決			
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

🎉🎉🎉 出産応援アンケート 🎉🎉🎉

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	<input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> 何ともいえない(具体的に)・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしい <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
今回の妊娠は、不妊治療をしましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 母(実・義) <input type="checkbox"/> 父(実・義) <input type="checkbox"/> 子 (人) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
家族について、困っていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 家族の病気介護 <input type="checkbox"/> 不仲 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名:)	
心配事や困り事はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 産後の育児 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 上の子のこと <input type="checkbox"/> 夫との関係(DVなど) <input type="checkbox"/> ご自身の健康面 <input type="checkbox"/> その他	
過去1カ月に心の不調はありましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 落ち込む <input type="checkbox"/> 緊張や不安を感じる <input type="checkbox"/> 物事を楽しめない <input type="checkbox"/> 心配することを止められない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい (1日 ml) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい (1日 本) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 同意しない ・ <input type="checkbox"/> 同意する		
本人署名 _____		