

申請日 年 月 日

(母子健康手帳 NO.) 妊婦：個人番号 (マイナンバー)

鏡野町長 殿

母子健康手帳及び妊婦健康診査受診券等を交付されたく、妊娠中であることを証明する書類を届出し申請します。
私は、私と家族が母子保健福祉サービスを利用するうえで、鏡野町が下記を行うことに同意します。

- 記載事項を確認するため、住民基本台帳等を閲覧すること。
- 記録カード (乳幼児保健カード) を作成すること。
- 妊娠・出産・子育てに関する事業の通知をすること。
- 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のため、関係機関への情報提供が必要と判断する時私と家族の情報を関係機関と共有すること。
- 本申請書に記載する個人番号について住民基本台帳または住民基本台帳ネットワーク等で検索し担当職員が記載または確認すること。

妊婦署名：

【町確認欄】 個人番号 (カード・通知カード)
※ 本人確認 免許証・その他 ()

妊婦氏名	ふりがな	生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)	職 業 (会社名) ()	健康保険 国保 社保 (家)
夫 パートナ 氏名	ふりがな	生年月日 (年齢)	昭和・平成 年 月 日 (歳)	職 業 (会社名) ()	健康保険 国保 社保 (家)
婚姻状況	既婚 ・ 未婚 (今後の入籍予定： あり ・ なし)				
住 所 (マンション・ アパート名も 記入ください。)	鏡野町 (建物名) ※居住地が上記住所と異なる場合、 ご記入ください。				
電話番号	妊婦携帯： () -	その他の連絡先			
	夫/パートナ携帯： () -				
妊娠週数 (届出時)	満 週	今回が	人目	出産予定日	年 月 日
	※妊娠週数が12週以降の方に おたずねします。 ・妊娠週数が今日になった理由は…		<input type="checkbox"/> 体調が悪かった <input type="checkbox"/> 時間がなかった <input type="checkbox"/> 妊娠に気づいていなかった	<input type="checkbox"/> 届出方法がわからなかった <input type="checkbox"/> 忘れていた <input type="checkbox"/> その他：	
妊娠の診断を 受けた施設	医療機関名： (医師名)	出産予定 施設	<input type="checkbox"/> 左記と同じ医療機関 <input type="checkbox"/> 別の施設()		
今回の妊娠に伴い性病に関する 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 (胸部X線等)	受けた ・ 受けていない		

【妊娠届け出時アンケート】 このアンケートは、お母さんと赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。

以下の項目に、差し支えない範囲でお答えください。

※ご記入いただいた内容につきましては、個人情報として取り扱い、適切に管理いたします。

①	現在の体調 (症状など) は いかがですか	よい	ふつう	不調 (0を)	・吐き気	・出血	・お腹の張り	・その他
	身長・体重をお尋ねします	身長 (cm) ・ 普段の体重 (kg)						

※ 裏面のアンケートへの記入もお願いします。 →→→

【妊娠届け出時アンケートのつづき】

(裏)

②	今までにかかった病気や治療中の病気がありますか	ない	ある (〇を)	・貧血 ・心臓病 ・高血圧 ・糖尿病 ・甲状腺疾患 ・腎臓病 ・こころの病気 ・手帳の有無 (なし・あり) ・子宮の病気 ・卵巣の病気 ・内服薬の有無 (なし・あり)
③	今までの妊娠について	妊娠回数 (今回を含めて_____回) ・流産/死産: なし・あり ・中絶: なし・あり		
	今回の妊娠で不妊治療を受けましたか	いいえ	受けた	・治療開始: _____年 ____月~ (治療期間: _____年 ____か月間) ・治療内容:
	いままでの妊娠や分娩に関連して、今回の妊娠で心配なことがありますか	ない	ある:	
④	今回、妊娠がわかった時の「気持ちは」いかがでしたか	・うれしかった ・特に何も思わなかった ・予想外で驚き戸惑った ・困った (不安になった) ・その他:		
⑤	妊娠中や出産後に心配なことがありますか	ない	ある (〇を)	・赤ちゃんの世話や子育ての仕方 ・夫 (パートナー) との関係 ・仕事との両立 ・妊婦自身の体調 (具体的に): ・その他
  kosodate@town.kagamino.lg.jp				
⑥	経済的なことで困ることがありますか	ない	・あまりない ・少しある ・ある	
⑦	職場に産休育休制度がありますか	妊婦 ・あり ・なし ・未確認 夫(パートナー) ・あり ・なし ・未確認		
⑧	どなたと一緒に住まいですか (〇をつけてください)	夫 (パートナー) ・子ども (_____人) ・実父・実母 ・義父・義母 ・きょうだい		
⑨	妊娠中に相談できる人はいますか	いない	はい (〇を)	夫 (パートナー) ・実父・実母・義父・義母・きょうだい・友人 医療機関 (医師・助産師など) ・SNS・その他 (_____)
⑩	産後、育児に協力してもらえる人はいますか	いない	はい (〇を)	夫 (パートナー) ・実父・実母・義父・義母・きょうだい・友人 医療機関 (医師・助産師など) ・公的、民間サービス
⑪	たばこ (電子タバコを含む) を吸いますか	いいえ	吸う	(_____本/日) ・禁煙した (妊娠前 ・ 妊娠後) →やめたいと思いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫	アルコールを飲みますか	いいえ	飲む	(種類: _____) ・禁酒した (妊娠前 ・ 妊娠後) (量: _____) →やめたいと思いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬	上にお子さんがおられる方へ お子さんがいる生活は、いかがですか (〇を)	・楽しい ・負担が大きく、疲れる ・イライラが多い ・負担はあるが楽しい ・かわいいとおもえない ・その他:		
⑭	里帰り出産の予定はありますか	ない	未定	ある 里帰り先: _____ 連絡先: _____
⑮	あなたは「出産までの期間」をどのように過ごしたいですか			



【町確認欄】	<input type="checkbox"/> 妊産婦歯科健診:	<input type="checkbox"/> ほっとパーキングおかやま:
	<input type="checkbox"/> 育児用品助成 (おしめ・ゴミ袋):	<input type="checkbox"/> タクシー助成:
	<input type="checkbox"/> チャイルドシート:	<input type="checkbox"/> 聴覚検査 (福田 ・ 県外):
	<input type="checkbox"/> ももっこカード:	<input type="checkbox"/> 県外 (妊産婦・乳児):
	<input type="checkbox"/> ファミサポ:	<input type="checkbox"/> 保健師で説明: 済 (2人目以降のため/その他: _____)

交付金申請方法の説明:
 返信封筒のお渡し
 木のプレゼント&紙袋
 妊娠届 台帳入力

連絡事項: _____

おたより準備
 かるて入力 (当日可)

(入力担当) _____ (事務担当)
 (交付担当) _____ (受付PHN) _____