

母子手帳交付申請書

母子手帳交付番号	504 -
----------	-------

太枠内に必要事項を記入してください。

芦屋町長 様 以下のとおり申請いたします。

		申請日	年 月 日	
	ふりがな 氏名	生年月日・年齢	職業	初産・経産・第○子
妊婦		年 月 日 ()歳		初産・経産 第()子
パートナー		年 月 日 ()歳		<input type="checkbox"/> 前回の妊娠から5年以上経過 <input type="checkbox"/> 不妊治療 <input type="checkbox"/> 多胎
住所	(〒 -)	入籍状況	入籍あり・予定あり()頃・予定なし	出生届(住所)
連絡先	※今後、健診の案内等で使用しますので、必ず連絡が取れる番号の記入をお願いします。		分娩予定日 妊娠週数	年 月 日 現在妊娠()週
妊婦さんの マイナンバー			転出予定	あり(年 月頃)・なし
身長	cm	妊娠前体重	kg	20歳の頃の体重 非妊娠時最高体重 妊婦自身の出生体重
			kg・ g・	歳の頃 在胎週数
			BMI	町記入欄

芦屋町では、妊婦健診、赤ちゃん訪問、乳幼児健診等の事業を通して、お母さんと赤ちゃんが安心して生活できるよう支援していきます。差し支えない範囲で、下記のアンケートの記入をお願いします。

妊婦さんの 体のこと	○現在の体調はいかがですか。(複数回答可)		
	1.良好 2.貧血 3.眠れない 4.つわりがある 5.いろいろする 6.その他()		
	○今までにかかった病気はありますか。(複数回答可)		
	1.糖尿病 2.高血圧 3.心疾患 4.腎臓病 5.甲状腺疾患 6.抗リン脂質抗体症候群 7.子宮等の病気 8.貧血 9.喘息 10.多嚢胞性卵巣症候群 9.その他()		
	○家族歴について		
	1.糖尿病 2.高血圧 3.心疾患 4.腎臓病 5.妊娠高血圧症候群(実母・姉妹) 6.その他()		
生活環境	○今までに精神的なことで、カウンセラーや心療内科、精神科医院などに相談したことがありますか。 いいえ・はい(その時の診断名)		
	○妊娠を知ったときの気持ちを教えてください。		
	1.うれしかった 2.予想外だがうれしかった 3.なんとも言えない 4.不安になった 5.その他		
	○喫煙・飲酒について教えてください。		
	タバコ……1.妊娠前(本/日) 2.妊娠中(本/日) 3.家族(本/日)		
	お酒……1.妊娠前(ml/日) 2.妊娠中(ml/日)		
生活環境	○朝食について		
	朝食を食べる習慣がない(食事時間: 時・時・時)		
	妊娠歴()回 ※今回が初めての場合は1回 (その内 流産()回・中絶()回)		
	妊娠中に栄養士からの栄養指導を希望しますか。 はい・いいえ		
	実施日	年 月 日	
	○産後に協力してくれる人はいますか。 はい・いいえ		
※「はい」の場合は、1~3の該当するもの全てに○を付けてください。			
1.夫・パートナー 2.自分の母親 3.その他()			
○困った時に相談する人はいますか。 はい・いいえ			
※「はい」の場合は、1~3の該当するもの全てに○を付けてください。			
1.夫・パートナー 2.自分の母親 3.その他()			
○生活が苦しい、経済的な不安がありますか。 はい・いいえ			
○子育てに不安や心配なことはありますか。 はい・いいえ			
○出産後、里帰りをする予定はありますか。 はい・いいえ・未定			
里帰り先		里帰り(予定)期間	年 月 日頃~ 年 月 日頃

※町記入欄

※経産婦さんは裏面もご記入ください。

産後ケア事業	<input type="checkbox"/> 母子手帳交付時説明済 <input type="checkbox"/> 現在希望無し <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 希望有り(□申請済 □妊娠中に申請予定 □出産後に申請予定)	妊娠届入力
出産祝金	<input type="checkbox"/> 母子手帳交付時説明済	備考
ハローベビー	参加予定()月 ・ 勸奨 TEL OK・不参加	
国保(いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 母子手帳交付時説明済 <input type="checkbox"/> 国保外	5カ月電話入力
交付時の血圧	/ mmHg	8カ月電話入力
個人情報保護同意書	<input type="checkbox"/> 写し渡し済	R4.4
妊娠時の状況を確認しましょう	<input type="checkbox"/> 記入済み <input type="checkbox"/> 写し受け取り	
妊婦確認書類	マイナンバー・マイナンバー通・保・運・診・他()	
受任者確認書類	マイナンバー・マイナンバー通・保・運・診・他()	