

母子手帳交付申請書

母子手帳交付番号	-
----------	---

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	
妊婦	氏名	生年月日・年齢	職業	初産・経産・第〇子
パートナー		年 月 日( )歳		初産・経産 第( )子
住所	(〒 - )	年 月 日( )歳	入籍状況	<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
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
20歳の頃の体重	kg	非妊娠時最高体重	転出予定	あり( 年 月頃)・なし
身長	cm	妊婦自身の 出生体重 在胎週数	交付時の血圧 (mmHg)	/
体重 (妊娠前)	kg	g 週		BMI 町記入欄
				出生届
				<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> 出生体重 ( )g (2,500g未満は 早めの訪問を検 討) <input type="checkbox"/> 出産時の状況

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。	・いいえ ・はい→: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( )	
	○薬の服用 無・有 (具体的に(種類、時期など):	( )	
	○家族歴について	0.なし 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( )	
	○今までに精神科への受診や相談をしたことがありますか。	・いいえ ・はい (いつ頃; 症状; 診断名; )	
	○今までに心療内科やメンタルクリニック等でカウンセリングを受けたり、相談をしたことがありますか。	・いいえ ・はい (主な相談内容;(例)夜眠れなくなり、相談した等 )	
	○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)	
	○朝食について	朝食を食べる習慣が、ない・ある(食事時間: 時・時・時) 妊娠歴( )回 ※今回は初めての場合は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	
生活環境	○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
		栄養指導実施日( 年 月 日)	備考

※町記入欄

※経産婦さんは裏面もご記入ください。

【ハロー！Baby教室】 <input type="checkbox"/> 参加予定( 月) <input type="checkbox"/> 勸奨Tel可 <input type="checkbox"/> 不参加	妊娠届入力
【出産祝金】 <input type="checkbox"/> 母子手帳交付時説明済	年 月 日
【産後ケア事業】 <input type="checkbox"/> 母子手帳交付時説明済 <input type="checkbox"/> 現在希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり( <input type="checkbox"/> 妊娠中に申請 <input type="checkbox"/> 出産後に申請) <input type="checkbox"/> 未定	5カ月電話入力
【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	年 月 日
【妊婦のための支援給付金】 <input type="checkbox"/> 母子手帳交付時子育てガイド説明済 <input type="checkbox"/> 申請書受取済	8か月アンケート送付
【個人情報保護同意書】 <input type="checkbox"/> 写し渡し済	年 月 日
【妊婦本人確認書類】 マイナンバー・マイナンバー通・保・運・診・他( )	返送 有・無
【受任者本人確認書類】 マイナンバー・マイナンバー通・保・運・診・他( )	R7.4