

厚木市妊婦健康診査費用受診券等綴り発行届出書

※太枠内を記入してください。

母子健康手帳番号				届出年月日	令和 年 月 日
妊婦	氏名	フリガナ		国籍	日本・外国籍 ()
	生年月日	昭和 年 月 日	平成 (歳)	職業	
	住所	厚木市		電話番号	(日中連絡可能な連絡先) () -
パートナー	氏名	フリガナ		国籍	日本・外国籍 ()
	生年月日	昭和 年 月 日	平成 (歳)	職業	
	住所	□同上		電話番号	(日中連絡可能な連絡先) () -
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	妊娠 週 (第 か月)		
受診医療機関名					
出産予定医療機関名					
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない		1年以内の胸部レントゲン検査の有無	受けた ・ 受けていない	
里帰り出産をする予定はありますか。	1 ない	2 ある (都道府県名 :)	3 未定	市区町村名 :)	
妊娠期間中に転出をする予定はありますか。	1 ない 2 ある (令和 年 月予定) 3 未定				
<p>上記のとおり、届け出ます。 母子保健事業の実施に当たり、厚木市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認すること、及び本人が属する世帯構成員の市町村民税課税状況について調査することを承諾します。 また、厚木市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、本届出書及び妊娠届出時のアンケートの情報を利用することに同意します。</p> <p>厚木市長 あて</p> <p>妊婦氏名 _____</p> <p>(代理人) 氏名 _____ 続柄 ()</p> <p>住所 _____</p> <p>電話番号 _____</p>					

※ 厚木市では、あなたの出産や子育てを妊娠中から支援します。妊娠中や出産後に、市保健師や助産師がお電話又は訪問させていただく場合がありますので、御承知おさください。

事務処理欄										
【届出人の身分を証明するもの】						身分証明書確認者: ()				
□運転免許証 □個人番号カード □住民票の写し □その他 ()										
【発行受診券及び追加補助券】										
妊婦健康診査費用受診券	医療機関専用 ①	医療機関専用 ②	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目
	11回目	12回目	13回目	14回目	15回目	16回目				
	【多胎】	17回目	18回目	19回目	20回目	21回目				
妊婦健康診査費用追加補助券	妊婦歯科健康診査受診券		産婦健康診査費用補助券		1回目	2回目	新生児聴覚検査費用補助券		1か月児健康診査費用補助券	
住基確認	済 □			使用できません印		済 □			補助券確認者: ()	

妊娠届出書を提出された方へ（アンケート）

※太枠部分をご記入ください。



記入日	令和 年 月 日					
妊婦氏名						
1. 同居している人は誰ですか。	夫（パートナー）・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・子（ 人）・その他（ ）					
2. 妊娠がわかった時のお気持ちはいかがでしたか。（複数回答可）	1. とても嬉しかった 5. ホッとした	2. 予想外だったが嬉しかった 6. 何とも思わない	3. 戸惑った 7. その他（ ）			
3. 妊娠中そして産後に協力してくれる人はいますか。（複数回答可）	1. いない	2. いる → 夫（パートナー）・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・友人 その他（ ）				
4. 困った時に相談する人についてお尋ねします。	1. 夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。		はい・いいえ・夫（パートナー）がいない			
	2. お母さん（実母）には何でも打ち明けることができますか。		はい・いいえ・実母がいない			
	3. 他にも相談できる人がいますか。		はい・いいえ			
5. 今までにかかったことのある病気はありますか。	1. なし	2. あり 診断名（ ） 症状（ ） → いつ頃 :（ 歳頃） → 現在 :（ 治癒・治療中・経過観察・その他（ ）） → 内服 :（ 無・有 ）				
6. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師に相談したことがありますか。	1. なし	2. あり 診断名（ ） 症状（ ） → いつ頃 :（ 歳頃） → 現在 :（ 終了・相談中 ） → 内服 :（ 無・有 ）				
7. この1年間に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり、事故にあいましたか。	1. いいえ	2. はい				
8. この1年間に、2週間以上続く 「眠れない」「イライラする」「涙くみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありましたか。	1. ない	2. どちらかといえばない	3. どちらかといえばある 4. ある			
9. 現在の体調はいかがですか。	1. 良い	2. 悪い → つわり・出血・頭痛・不眠・その他（ ）				
10. お口のトラブルはありますか。	1. なし	2. あり → 虫歯がある・出血しやすい・歯茎が腫れる・唾液が粘る・口臭がある				
11. タバコは、吸いますか。	1. いいえ	2. 妊娠がわかってやめた	3. はい → 1日の喫煙本数：（ 本） 禁煙しようと思いませんか（ はい・いいえ ）			
12. 同居をしている方はタバコを吸いますか。	1. いいえ	2. はい → 銘柄：（ ） 1日の喫煙本数：（ 本） 喫煙場所：同じ部屋で吸う・換気扇の下や別室で吸う・ベランダや屋外で吸う				
13. お酒は、飲みますか。	1. いいえ	2. 妊娠がわかってやめた	3. はい			
14. 「困っていること」や「心配なこと」などはありますか。	1. ない	2. ある → 妊娠・出産のこと 育児のこと 夫婦（パートナー）関係のこと 自分の体のこと 家族関係のこと 仕事関係のこと その他（ ）				
15. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。	1. ない	2. ある				
16. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか。	1. はい	2. いいえ				
17. 妊娠回数	1. 初回	2. （ ）回目 → 流産 :（ ）回（ ）歳、（ ）歳、（ ）歳 人工妊娠中絶 :（ ）回（ ）歳、（ ）歳、（ ）歳 死産 :（ ）回（ ）歳、（ ）歳、（ ）歳				
18. 出産歴	出産時の年齢	週数	妊娠中のトラブル	分娩方法	出生体重	児の状態
	歳	週	なし 切迫流産 妊娠高血圧症候群 その他（ ）	経膈 帝王切開	g	良 NICUもしくはGCU入院 その他（ ）
	歳	週	なし 切迫流産 妊娠高血圧症候群 その他（ ）	経膈 帝王切開	g	良 NICUもしくはGCU入院 その他（ ）
	歳	週	なし 切迫流産 妊娠高血圧症候群 その他（ ）	経膈 帝王切開	g	良 NICUもしくはGCU入院 その他（ ）
	歳	週	なし 切迫流産 妊娠高血圧症候群 その他（ ）	経膈 帝王切開	g	良 NICUもしくはGCU入院 その他（ ）
19. 保険の種類や課税状況等を回答してください。	保険 : 社会保険（被保険者）・社会保険（被扶養者）・国民健康保険・その他（ ）・無保険					
	課税状況等 : 課税世帯（住民税を支払っている）・非課税世帯・生活保護世帯					
20. 不妊治療をしましたか。	1. いいえ	2. はい → 治療期間：（ 年） 治療方法：タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精・その他（ ）				
21. 食事に関して、管理栄養士に相談の希望はありますか。	1. ない	2. ある → 相談内容：				

保健指導者：（ ）