

母子健康手帳交付時に  
ご持参いただくもの

- ・母子健康手帳・妊婦健康診査受診票交付申請書（本状）
- ・本人確認書類（マイナンバーカードまたは免許証）
- ・振り込みを希望する銀行口座の通帳のコピー  
（ご持参いただければコピーをお取りします）
- ・妊娠を診断した医療機関の領収書・明細書

毎週金曜日 午後1：00～5：00  
桑折町役場 1階 ⑤番窓口においでください。

（ご都合のつかない方は、「すくすく」にご連絡ください。）



（桑折町役場 健康福祉課 子育て支援係内）

電話番号:024-582-6045

母子健康手帳 ・ 妊婦健康診査受診票 交付申請書

妊娠届出書

桑折町長様

年 月 日

|                                            |            |           |                  |  |  |                           |  |  |  |                               |        |  |    |
|--------------------------------------------|------------|-----------|------------------|--|--|---------------------------|--|--|--|-------------------------------|--------|--|----|
| 現住所                                        | 桑折町        |           |                  |  |  |                           |  |  |  |                               | 携帯電話番号 |  | 国保 |
|                                            |            |           |                  |  |  |                           |  |  |  |                               |        |  | 社保 |
| 生活実態地                                      | 現住所<br>に同じ | 現住所<br>以外 | 都 道 区 市<br>府 県 郡 |  |  |                           |  |  |  |                               |        |  |    |
| 母体氏名                                       | (ふりがな)     |           |                  |  |  | 生年月日                      |  |  |  | 職業： 会社員・公務員・自営業・<br>非正規職員・その他 |        |  |    |
|                                            | ( ) 歳      |           |                  |  |  | 年 月 日生まれ                  |  |  |  | 仕事内容                          |        |  |    |
| マイナンバー                                     |            |           |                  |  |  |                           |  |  |  |                               |        |  |    |
| 妊娠回数                                       | (今回も含めて)   |           |                  |  |  | うち<br>流産 回 ( 週) 死産 回 ( 週) |  |  |  |                               |        |  |    |
| 出産回数                                       |            |           |                  |  |  | うち<br>早産 回 ( 週) 死産 回 ( 週) |  |  |  |                               |        |  |    |
| 配偶者<br>パートナー<br>氏名                         | (ふりがな)     |           |                  |  |  | 生年月日<br>+<br>年 月 日生まれ     |  |  |  | 職業： 会社員・公務員・自営業・<br>非正規職員・その他 |        |  |    |
|                                            | ( ) 歳      |           |                  |  |  | 年 月 日生まれ                  |  |  |  | 仕事内容                          |        |  |    |
| 本日の<br>妊娠週数                                | 週 日        |           |                  |  |  |                           |  |  |  |                               |        |  |    |
| 出産予定の<br>医療機関                              |            |           |                  |  |  |                           |  |  |  |                               |        |  |    |
| 必要に応じて、町が医療機関と連絡・連携を図ることについて……同意します・同意しません |            |           |                  |  |  |                           |  |  |  |                               |        |  |    |

次のページへ

|            |       |
|------------|-------|
| 分娩予定日      | 年 月 日 |
| 診断を受けた医療機関 |       |

事務処理欄

|          |     |      |     |    |
|----------|-----|------|-----|----|
| 新規・転入・紛失 | 交付日 | 交付番号 | 取扱者 | 入力 |
|          |     |      |     |    |

- ☐ 領収書・明細書コピー
- ☐ 通帳コピー
- ☐ 本人確認書類（免許証・マイナンバーカードなど）
- ☐ 出産応援ギフト申請書
- ☐ 妊娠中の方へのアンケート
- ☐ ファミタンカード申請書

おたずね

妊娠おめでとうございます。妊婦さん自身の健康などについてのアンケートです。産前産後の妊産婦支援のため、可能な限りご記入ください。また、妊娠・出産・子育てのこと、家族の健康などについても相談を受け付けております。気になることや心配なことがありましたら、気軽にお声掛けください。

|                                    |        |   |     |       |
|------------------------------------|--------|---|-----|-------|
| 身長                                 | 妊娠前の体重 | * | BMI | 本日の血圧 |
| cm                                 | kg     |   |     | mmHg  |
| 既婚（歳時に結婚）・未婚（入籍予定：あり・なし）・事実婚（年 月～） |        |   |     |       |

\*当てはまるものに○をつけてください

今までのかかった病気などについて

☐ 高血圧☐ 腎臓の病気☐ 糖尿病☐ 心臓の病気☐ 甲状腺の病気☐ 精神や心の病気☐ 乳腺の病気

☐ 婦人科の病気☐ 不妊症・不育症☐ 貧血☐ その他（）

家族歴：  
\* 今回の妊娠について:不妊治療を受けましたか。（治療費助成の該当になる場合があります）  
受けない・受けた（☐ 不妊検査☐ タイミング法☐ 人工授精☐ 体外受精☐ 顕微授精☐ その他（）

次の感染症について

風しん（三日はしか）：かかった（歳）、かかっていない、予防接種を…受けた・受けていない

麻しん（はしか）：かかった（歳）、かかっていない、予防接種を…受けた・受けていない

水痘（みずぼうそう）：かかった（歳）、かかっていない、予防接種を…受けた・受けていない

今までに手術を受けたことは

ない・ある

「ある」のかた：手術の内容を教えてください

現在内服中のお薬（常用薬）は

ない・ある

「ある」のかた：お薬の内容を教えてください

薬剤や食品のアレルギーは

ない・ある

「ある」のかた：アレルギーの内容を教えてください

家庭や仕事など日常生活でストレスを感じていますか。

いいえ・はい

「はい」のかた：どんなストレスを感じていますか

今回の妊娠に際し、心配なことはありますか

いいえ・はい

「はい」のかた：どんな心配がありますか

（）

|               |           |           |         |        |
|---------------|-----------|-----------|---------|--------|
| 今までの妊娠・出産について |           |           |         |        |
| 出産年月日         | 妊娠期間・出産方法 | 出生児の体重・性別 | 現在の子の状態 | 出産医療機関 |
| 年 月 日         | 妊娠 週、 分 娩 | g 男・女     |         |        |
|               |           |           |         |        |
|               |           |           |         |        |
|               |           |           |         |        |

今までの妊娠で以下のような診断を受けたことがありますか

妊娠悪阻・切迫流産・切迫早産・妊娠貧血・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・妊娠貧血・前置胎盤

その他（）

自分から見た現在の同居者に○をつけてください。

自分・配偶者（パートナー）、子ども 人（）

父（）、母（）、義父（）、義母（）、その他（）

夫・パートナーの健康状態

健康、通院・加療・入院中（病名）

同居者の健康状態

健康、通院中（）、介護が必要（）、入院・入所中（）

あなたはたばこを吸いますか

吸わない・吸っていない(以前は 本/日)・吸っている( 本/日)

同居者は同室でたばこを吸いますか

いいえ・はい（ 本/日：どなた ）

あなたは酒類を飲んでいますか

飲まない・飲んでいない(以前は1日 程度)・飲んでいる(1日 程度)

最近の体調について

よい・何とも言えない・悪い

つわり・吐き気・嘔吐・食欲がない・眠れない・眠気が強い・だるい・下腹痛・出血

その他：

妊娠がわかったときの気持ち

うれしい・ショック・かなしい・おどろき・不安・こわい・困った

その他（）

里帰りの予定は

なし・あり（どこに： 予定期間：）

その他心配なことはありますか

ご記入ありがとうございました

（桑折町役場 健康福祉課 子育て支援係内） 電話番号：024-582-6045