

「母と子の健康のしおり」交付申請書

妊産婦健康診査受診票番号

□□ - □18□□ - □ - □□□□□ - □ □

【申請理由：転入・紛失・その他】

ふりがな			
氏名	生年月日	年 月 日 (歳)	
職業	無 (主婦・その他) 有 (会社員・公務員・自営業・看護師・パート・その他)		
住所	郡山市	国籍	
		電話	
	転入前の住所 (転入者のみ記入)		
分娩予定日	年 月 日	妊娠週数	満 週
過去の分娩回数	無 有 (回)	転入後の医療機関名 (転入者のみ記入)	
<p>1 母子健康手帳の交付を受けた市区町村名 (都道府県 市区町村)</p> <p>2 受診票を使って妊産婦健康診査を何回受けましたか (回)</p> <p>①前期 ②後期 ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯</p> <p>携帯電話等連絡先を変更する場合は 郡山市こども家庭支援課 母子保健係 (ニコニコこども館2階) まで御連絡ください。</p>			
<p>「母と子の健康のしおり」交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>郡山市長 申請者氏名 続柄 ()</p>			

*裏面のアンケートの記入をお願いします。

<交付した受診票>

①前期 ②後期 ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ 聴(初) 聴(確) 聴(再)

妊娠・出産・育児サポートアンケート

郡山市では、妊娠中から皆さまの子育てを応援しています。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、妊娠・出産・育児を切れ目なくサポートしていくためのものです。御記入よろしくお願ひします。

家族構成	続柄	氏名	生年月日	年齢	職業	健康状態	連絡先
	妊婦本人		. .			良好・否 ()	— —
	夫 (パートナー)		. .			良好・否 ()	— —
			. .			良好・否 ()	
			. .			良好・否 ()	
			. .			良好・否 ()	
			. .			良好・否 ()	
1	里帰り出産の予定はありますか		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 里帰り先 市内 市外 都・道・府・県 市・町・村 時期 月～ 月頃				
2	体格について		身長 cm 妊娠前の体重 kg				
3	妊娠が分かったときの気持ちはいかがでしたか(複数回答可)		<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> その他 ()				
4	妊娠経過は良好ですか		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(つわり その他())				
5	困ったときに相談する人はいますか		<input type="checkbox"/> いる 夫(パートナー) 父母 義父母 兄弟姉妹 その他() <input type="checkbox"/> いない				
6	困ったときに協力してくれる人はいますか		<input type="checkbox"/> いる 夫(パートナー) 父母 義父母 兄弟姉妹 その他() <input type="checkbox"/> いない				
7	現在、「困っている」「悩んでいる」「不安なこと」などはありますか		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 妊娠・出産について 経済的なこと 自分の健康のこと 夫(パートナー)のこと 家族のこと 育児のこと 仕事のこと その他()				
8	あなたはタバコを吸いますか		<input type="checkbox"/> 以前から吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本)				
9	夫(パートナー)や同居の家族はタバコを吸いますか		<input type="checkbox"/> 以前から吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) 誰が()どこで()				
10	あなたはお酒を飲みますか		<input type="checkbox"/> 以前から飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 飲む(時々 回/週 毎日)				
11	今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 心臓病 高血圧 糖尿病 腎臓病 肝臓病 婦人科疾患 整形疾患 心の病気(うつ病など) その他() 現在治療中 以前治療した(いつごろ:)				
12	不妊治療を受けていたことはありますか		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある				
御記入いただいた内容は、個人情報として取り扱い、プライバシーを保護いたします。必要時、医療機関と市が情報を共有し、助産師・保健師から御連絡させていただくことがありますので、同意いただける場合は□にシ点をに入れてください。 <input type="checkbox"/> 出産・育児支援のため、妊娠届出書・アンケートの内容について、医療機関、市などが情報を共有し連絡することなどに同意します。 <div style="text-align: right;">御協力ありがとうございました。</div>							

来所者：本人・夫(パートナー)・その他() : ~ : ()	1 特になし 2 助言・情報提供し、現時点では特になし 3 要継続	担当	サポートプラン作成 (済・未)
----------------------------------	---	----	--------------------