

妊婦健康診査受診票申請書

および母子健康手帳（無番）申請書

届出場所:	本庁	市川	南セ	支所	保セ	行サ	大柏
種類:	受診票	無番					

※ご記入前に、下記の注意事項をお読みください。

転入前の市区町村で交付された妊婦健診受診票は市川市発行のものと交換いたします。

転入前に、“妊婦健診受診票を使用せずに受けた妊婦健診代の払い戻し(償還払い)”の手続きはお済ですか？

転入前に受診票を使用せず健診を受けた場合、転入前の市町村での払い戻し【償還払い】の手続きで旧受診票が必要な場合があります。

申請日	2	0	年	月	日	異動日	2	0	年	月	日	
妊婦	フリガナ						国籍					
	氏名											
	生年月日			年	月	日	歳	職業	会社員・公務員・自営業・主婦 パート・学生・無職・その他			
	住所	市川市					電話番号	自宅 047- - - 携帯 - - -				
	出産予定日	2	0	年	月	日	妊娠週数		週	<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 多胎	
	妊娠回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> それ以上 (<input type="text"/> 回目)										
	出産回数	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> それ以上 (<input type="text"/> 回)										
子の父・パートナー	フリガナ						国籍					
	氏名											
	生年月日			年	月	日	歳	職業	会社員・公務員・自営業・主夫 パート・学生・無職・その他			
	住所	※上記と異なる場合にご記入ください					電話番号	自宅 047- - - 携帯 - - -				
申請理由	※該当する番号にチェックをしてください。 1 <input type="checkbox"/> 転入 : ()都道府県 ()市区町村 ・ 海外()より転入 2 <input type="checkbox"/> 再発行 : <input type="checkbox"/> 汚染 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 海外()より転入											
通院中の病院	施設名						所在地	都道府県	市区町村			
出産予定病院	施設名						所在地	都道府県	市区町村			
上記のとおり、申請します。 母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票の交付を受けるにあたり、市川市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認することを承諾します。 また、市川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、本申請書及び申請時のアンケートの情報を利用することに同意します。												
市川市長あて 申請者および受領者氏名						妊婦との続柄 ()						

※記載の内容によっては、専門職より連絡を差し上げることがありますので、予めご了承ください。
※ご記入していただいた内容は、市川市で管理し、妊娠・出産・子育て支援以外の目的では使用しません。

出産応援給付金申請案内を受領しました
受領者氏名 ()

***** 担当者記入欄 *****

転入届出日 <input type="checkbox"/> 住民票写し <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他	妊婦健診コード (必須)	受付担当者
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の確認	<input type="text"/>	<input type="text"/>
申請者の身元確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 他 ()	別冊番号	別冊番号 (多胎の場合)
<input type="checkbox"/> 無番 母子健康手帳 ()冊	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 別冊 転入前の受診票回収枚数 ()枚	多胎	来所者
*回収受診票の枚数により交付枚数の規定あり	<input type="checkbox"/> あり	本人・夫/パートナー・子(第 子)・その他 ()

～妊娠された方への質問票～

市川市では、妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、妊娠中の状況をお伺いしています。
 以下は妊婦さんご本人がご回答いただき、あてはまるところに☐を、()には記入をしてください。

1	妊娠されて、今のお気持ちはいかがですか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> とても嬉しかった <input type="checkbox"/> ホッとした <input type="checkbox"/> 不安	<input type="checkbox"/> 予想外だが嬉しかった <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 何とも思わない	<input type="checkbox"/> 楽しみ <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> その他
2	体調はいかがですか。	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> どちらともいえない	<input type="checkbox"/> 悪い(つわり・頭痛・出血・不眠等) <input type="checkbox"/> その他()	
3	過去に流産・早産・死産・中絶手術の経験はありますか。	流産 <input type="checkbox"/> はい()回 早産 <input type="checkbox"/> はい()回 死産 <input type="checkbox"/> はい()回 中絶手術 <input type="checkbox"/> はい()回	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ	
4	現在治療中の病気はありますか。 「はい」の方は当てはまる病気にチェックを してください。 (複数回答可) また、現在お薬は飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい()歳頃～ ↓ 薬を <input type="checkbox"/> 飲んで 病院名() <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> うつ病・うつ状態 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他精神疾患() <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 飲んでいない	
5	今までに受診、治療したことのある病気は ありますか。 「はい」の方は当てはまる病気にチェックを してください。(複数回答可) また、その時にお薬は飲んでいましたか。	<input type="checkbox"/> はい()歳頃 ↓ 薬を <input type="checkbox"/> 飲んで <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> うつ病・うつ状態 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他精神疾患() <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 不妊症 <input type="checkbox"/> 不育症 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 飲んでいない	
6	今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、 精神科医師や心療内科医師、カウンセラー 等に相談したことはありますか。 病名の例) 自律神経失調症	<input type="checkbox"/> はい()歳頃 ↓ <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他() 薬を <input type="checkbox"/> 飲んで (病名)	<input type="checkbox"/> 飲んでいない	
7	たばこを吸いますか。 (電子タバコを含む)	妊婦本人 <input type="checkbox"/> はい【1日()本】 パートナー <input type="checkbox"/> はい【1日()本】	<input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた <input type="checkbox"/> いいえ	
8	お酒を飲みますか。	<input type="checkbox"/> 妊娠前から飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む	<input type="checkbox"/> 妊娠してから飲んでいない <input type="checkbox"/> 毎日飲む	
9	里帰り出産の予定はありますか。	<input type="checkbox"/> はい()都・道・府・県()市・区・町・村 出産病院() <input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> いいえ	
10	妊娠中・出産後に協力してくれる人はいます か。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない ↓ <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()		
11	夫・パートナーになんでも打ち明けることは できますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
12	こどもの頃から愛情を受けて育ったという 実感はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
13	生活するうえで経済的な心配はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
14	土地勘はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
15	現在「困っていること」「心配なこと」 「悩んでいること」等がありますか。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> はい ↓ <input type="checkbox"/> 妊娠・出産のこと <input type="checkbox"/> 育児について <input type="checkbox"/> 自分の体のこと <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> いいえ	
16	今、無戸籍児 [※] やDVなどの社会問題が取り上げ られていますが、今後生活を送る上で不安なこ とはありますか。 <small>※離婚後300日以内に出産した場合や婚姻中に他のパートナーとの子を出産した 場合、(前)夫の子どもとして戸籍が作られることとなります。それを避ける ために出生届を提出しなければ無戸籍となります。</small>	<input type="checkbox"/> はい ↓ <input type="checkbox"/> 子どもが無戸籍になる可能性がある <input type="checkbox"/> 夫婦・家族関係(DVなど)についての不安がある <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> いいえ	

記載の内容によっては、専門職より連絡をさせていただくことがありますので、予めご了承ください。