転入者用　妊娠届出書

妊婦健康診査受診票および母子健康手帳再交付申請書

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					

※個人番号(マイナンバー)は、母子保健法施行規則に基づき収集管理を行っております。　※再交付の方はマイナンバー、★部は記入不要です。

本日の来所者	本人 ・ 夫/パートナー ・ 子（第　　子） ・ その他		申請日	2 0　年　月　日	
妊婦	マイナンバー		異動日	2 0　年　月　日	
	フリガナ		職　業	会社員・公務員・自営業・主婦 パート・学生・無職・その他	
	氏　名				
	生年月日	年　月　日　歳	国　籍		
	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	□単胎 □多胎
	通院中医療機関	施設名	所在地	都道府県　市区町村	
		医師または助産師名	性病及び結核に関する健康診断の有無	□受けた □受けてない	
	出産予定医療機関	施設名	所在地	都道府県　市区町村	
	妊娠回数	□初回 □（　　）回目	出産回数	□初回 □（　　）回	
	★転入前の市区町村で妊婦支援給付金をもらいましたか？⇒ 1回目 □はい □いいえ ・ 2回目 □はい □いいえ				
子の父・パートナー	フリガナ		職　業	会社員・公務員・自営業・主夫 パート・学生・無職・その他	
	氏　名				
	生年月日	年　月　日　歳	国　籍		
	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	1 □転入　：（　　）都道府県（　　）市区町村 ・海外（　　）より転入 2 □再発行 ： □汚染・破損 □紛失 □海外（　　）より転入				

以下を確認の上、□にチェック✓をお願いいたします。

□ 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。

□（★転入前市区町村で妊婦支援給付金をもらっていない方のみ）妊婦支援給付金の申請は、医療機関で胎児の心拍を確認した後に行うことを理解しました。 上記のとおり、届け出ます。

市川市長　あて

届出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、市川市から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。
※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いたしません。

◇妊婦本人以外の方が申請に来られる場合には、**委任状が必要**です。以下の委任状を**必ず妊婦本人が記入**ください◇

委任状

年　月　日

私は、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に規定される個人番号の提供を伴う妊娠の届出及び母子健康手帳の受領等に関する一切の権限を次のものに委任します。

委任者	住所	受任者	住所
（妊婦本人）	氏名	（代理人）	氏名　委任者との関係（　　）

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊　担当者記入欄　＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

転入届出日　□住民票写し □システム □その他

※妊婦本人

妊婦の番号確認　□個人番号ｶｰﾄﾞ □通知カード □住民票 □なし

妊婦の身元確認　□運転免許証 □個人番号ｶｰﾄﾞ □在留ｶｰﾄﾞ □他

※代理人　□**委任状** □**代理権**

代理人の身元確認　□運転免許証 □個人番号ｶｰﾄﾞ □在留ｶｰﾄﾞ □他

妊婦の番号確認　□個人番号ｶｰﾄﾞ □通知カード □住民票 □なし

妊婦健診コード（必須）

受付担当者

別冊番号

別冊番号（多胎の場合）

□**母子健康手帳の確認**　**多胎**　あり

□**転入前の受診票回収枚数（　　）枚**

～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）	□とても嬉しかった　□予想外だが嬉しかった　□楽しみ □ホッとした　□困った　□戸惑った □不安　□何とも思わない　□その他
2	体調はいかがですか。	□良い　□悪い（つわり・頭痛・出血・不眠等） □どちらともいえない　□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　□はい（　　）回　□いいえ 早産　□はい（　　）回　□いいえ 死産　□はい（　　）回　□いいえ 中絶手術　□はい（　　）回　□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。	□はい（　　）歳頃～　□ない ↓ 薬を　□飲んでいる　□飲んでいない 病院名（　　） □高血圧　□腎臓病　□糖尿病　□甲状腺疾患　□心臓病 □うつ病・うつ状態　□適応障害　□その他精神疾患（　　） □婦人科系疾患　□不妊症　□不育症 □その他（　　）
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。	□はい（　　）歳頃　□ない ↓ 薬を　□飲んでいた　□飲んでいない □高血圧　□腎臓病　□糖尿病　□甲状腺疾患　□心臓病 □うつ病・うつ状態　□適応障害　□その他精神疾患（　　） □婦人科系疾患　□不妊症　□不育症 □その他（　　）
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	□はい（　　）歳頃　□いいえ ↓ □精神科　□心療内科　□カウンセリング　□その他(　　) 薬を　□飲んでいた　□飲んでいない （病名　　）
7	たばこを吸いますか。 (電子タバコを含む)	妊婦本人　□はい【1日（　）本】　□妊娠がわかってやめた　□いいえ ﾊﾟｰﾄﾅｰ　□はい【1日（　）本】　□妊娠がわかってやめた　□いいえ
8	お酒を飲みますか。	□妊娠前から飲まない　□妊娠してから飲んでいない □時々飲む　□毎日飲む
9	里帰り出産の予定はありますか。	□はい（　　）都・道・府・県（　　）市・区・町・村 出産病院（　　） □検討中　□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）	□いいえ　□はい　□わからない ↓ □夫・ﾊﾟｰﾄﾅｰ　□実父母　□義父母　□兄弟姉妹 □友人　□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。	□いいえ　□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。	□いいえ　□はい
13	生活するうえで経済的な心配はありますか。	□はい　□いいえ
14	土地勘はありますか。	□いいえ　□はい
15	現在「困っていること」「心配なこと」「悩んでいること」等はありますか。 （複数回答可）	□はい　□いいえ ↓ □妊娠・出産のこと　□育児について　□自分の体のこと □夫婦（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）のこと　□家族のこと　□その他（　　）
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。 ※離婚後、再婚せずに300日以内に出産した場合や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になります。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。	□はい　□いいえ ↓ □子どもが無戸籍になる可能性がある □夫婦・家族関係（DVなど）についての不安がある □その他（　　）

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。　R8.4