

母子健康手帳別冊(妊婦健康診査補助券)交付票

交付理由: 転入 ・ その他()		交付年月日	年 月 日
フリガナ		生年月日	職業
妊婦氏名		年 月 日 (歳)	
フリガナ		生年月日	職業
子の父の氏名		年 月 日 (歳)	
住所	大和市		
日中連絡可能な電話番号	妊婦: — — 子の父: — — 平日の昼間電話連絡が可能な時間帯 (9時~12時) (12時~13時) (13時~17時)(その他)		
妊娠歴・出産歴			
現在受診している医療機関名			
現在の妊娠週数	満 週(か月)		
出産予定日	年 月 日		
現在の妊娠の異常の指摘	なし ・ あり (高血圧 ・ 貧血 ・ 糖尿病 ・ 切迫流産)		
今まで妊娠した回数	回(今回を含む) うち 流産 回 ・ 死産 回 ・ 中絶 回		
出産回数	回		
前回の妊娠中の異常	なし ・ あり (高血圧 ・ 貧血 ・ 糖尿病 ・ 切迫流産)		
不妊治療の有無	なし ・ あり (治療期間: 年 か月)		
申請者氏名	妊婦との続柄()		
<input type="checkbox"/> 住基確認 転入日(. .) ()回目以降交付 確認者()面接者()			

市役所記入欄
<input type="checkbox"/> 入力

※健康かるてを確認し、他に兄弟がいれば予防接種(健康づくり推進課)へご案内、健診票のお渡し等、転入の手続きを勧める

母子健康手帳別冊交付届を出された方へ

大和市では、皆さんが安心して子育てしていただけるようすべての妊婦さんのご様子をお伺いしています。以下の太線枠内のご記入をお願いいたします。

後日、子育て何でも相談・応援センター保健師より連絡させていただきます。

1. 家族構成	同居家族_____人(本人を含む) ご一緒にお住まいのご家族に○をつけてください。 → 夫・子ども(歳、 歳、 歳)・その他()
2. 妊娠を知った時、どのような気持ちでしたか。	嬉しかった ・ 予想外だったが嬉しかった ・ 予想外で驚き戸惑った ・ 嬉しくなかった ・ 特に何も思わなかった
3. 子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。	ある ・ なんとなくある ・ あまりない ・ ない
4. 今までにかかった病気はありますか	なし ・ 高血圧 ・ 腎炎 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 精神疾患 ・ 手術 ・ その他() →それはいつ頃ですか(才頃) ・ 現在治療中
5. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題でカウンセリングや精神科医師、心療内科医師に相談したことがありますか。いいえ	はい → それはいつ頃ですか(才頃) ・ 現在治療中(内服あり・ カウンセリングのみ)
6. この1年間で2週間以上続く不眠、イライラ、やる気が出ない等の症状がありましたか。	いいえ ・ はい→それはどのような時ですか()
7. 現在、たばこを吸っていますか。	・いいえ ・妊娠してからやめた やめた方は禁煙を続けられそうですか。 続けられる ・ 自信がない ・はい (本/日) 吸っている方は禁煙に興味がありますか。 ある ・ ない
8. 同居のご家族でたばこを吸う方はいますか。	・いいえ ・妊娠がわかってからやめた ・はい (誰が 吸う場所)
9. 現在、お酒を飲んでいますか。	いいえ ・ はい (何を どれくらい /日)
10. 夫には何でも打ち明けることができますか。	はい ・ どちらともいえない・ いいえ ・ 夫がいない
11. 実母には何でも打ち明けることができますか。	はい ・ どちらともいえない・ いいえ ・ 実母がいない
12. 夫、実母以外に相談できる人がいますか。	はい(誰が) ・ いいえ
13. 里帰りの予定はありますか。	はい(都道府県) ・ いいえ・ 検討中
14. 産後、協力してくれる方はいらっしゃいますか。	はい(誰が) ・ いいえ
15. 現在、心配なこと・相談したいことはありますか。	特になし ・ 妊娠中の体のこと ・ 家事や仕事 ・ 経済的なこと ・ お住まいのこと ・ 保育園のこと パートナーのこと ・ その他()

※ご記入された個人情報、母子保健事業・子育て支援事業以外の目的には使用しません。

市役所記入欄:外国籍の方のみ	主に使っている言語 ()語 日本語でのコミュニケーションについて → できる ・ 日常会話程度 ・ やさしい日本語で可 ・ できない 日本語の読み書きについて → できる ・ ひらがな、カタカナで可 ・ できない
----------------	---