

妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健診受診票交付申請書

つくば市長 宛て

令和 年 月 日

対象の妊産婦様は、つくば市に住民票はありますか	はい・いいえ
申請理由	1. 転入(転入前自治体名:) 2. 紛失 3. 棄損 4. その他 ↓ 転入の方のみ、裏面アンケートにお答えください。
申請者氏名	

上記により、妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健診受診票の交付について申請します。

フリガナ 妊産婦氏名	生年月日 年 月 日 (歳)	職業
	現在の妊娠週数	週
フリガナ 夫・パートナー氏名	生年月日 年 月 日 (歳)	職業
次回受診予定日 年 月 日 (妊娠 週)	今回の妊娠でお子さんは何人目	人目
	これまでの妊娠歴 (今回は除く)	・妊娠 回 ・流産 回 ・人工中絶 回 ・死産 回
出産予定日 年 月 日	出産予定施設	
母子健康手帳 交付日 年 月 日	発行元の母子健康手帳番号	
母子健康手帳発行 市区町村	都道府県	市区町村
住所(妊産婦)	つくば市	
電話番号(妊産婦)		
メールアドレス(妊産婦)		

出産・子育て応援給付金に関する質問事項(妊娠中の方のみ)		ご案内のお渡し
出産応援給付金	現在の妊娠について、他自治体での出産応援給付金(国の出産・子育て応援給付金)の申請状況をご回答ください。 1. 他の自治体で申請済 2. 他の自治体で申請予定 3. 未申請 ↓ 下記(1)をご回答ください (1) 妊婦の前住所【自治体名: 】 【海外(国名:)】	<input type="checkbox"/> お渡しなし(対象外) <input type="checkbox"/> 窓口で妊婦面談実施 →お渡し <input type="checkbox"/> 後日妊婦面談予定 →妊婦面談後お渡し

■事務処理欄■

宛名番号	対応者名	確認者名
母子健康手帳番号(※1)		
健診	妊婦健診受診票 (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 ※15～19は多胎) 産婦健診受診票 (1 2) 新生児聴覚検査受診票 1か月児健診受診票	
その他	保健サービス登録票(あか訪はがき) 電子申請案内	母子健康手帳の確認 有 ・ 無
システム入力	入力日() 入力者() 以下入力したらチェック <input type="checkbox"/> 妊産婦管理画面(妊娠届) <input type="checkbox"/> 出産応援給付金 <input type="checkbox"/> 住民情報管理 <input type="checkbox"/> エントリー <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 「転入された妊婦様へ」セットのお渡し		

※1 年度の下2桁+転入のT+手続き場所+通し番号001～+前市の母子手帳番号下3桁(本人の母子手帳には新たな番号は追加で書かない)

手続き場所について、谷田部Y、桜S、大穂O、こども未来センターC(例:谷田部24TY001〇〇〇)

つくば市では、新しい生活を始めるご家族により良いサービスが提供できるよう、ご家族の状況やお気持ちについてアンケートを実施しています。以下の内容は個人情報として取扱いますので、安心してご記入ください。

1. 里帰り出産の予定はありますか (ある場合のみ記載)	妊娠 週 ~ 産後 週頃まで	県外に里帰り <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> なし	「県外妊婦一般健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健診受診申請書」をお渡しいたします。
2. 転居・転出の予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (いつ: 月頃 どこへ:) つくば市外に転出した場合には、転出先の市区町村の受診票をお使いください。		
3. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり →	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 産後うつ <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 摂食障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
4. (「あり」と回答した方)かかった時期と治療の状況	歳頃	<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中(治療はしていない) <input type="checkbox"/> 通院終了 <input type="checkbox"/> 内服・通院自己中断 <input type="checkbox"/> 入院歴あり	
5. 子育てを支援・協力してくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	配偶者・パートナー 父母・兄弟・友人・その他()	
6. 夫やパートナーに何でも打ち明けることはできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない		
7. 実母には何でも打ち明けることはできますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない		
8. 夫やパートナー、実母の他に相談できる人はいますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない → (友人・兄弟姉妹・その他)		
9. 現在または今後、不安なこと(なると思われること)はありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 自身の体調やメンタルについて <input type="checkbox"/> 仕事との両立について <input type="checkbox"/> 相談者がいない <input type="checkbox"/> 上の子の子育てについて <input type="checkbox"/> 経済面について <input type="checkbox"/> 育児の協力が得られない・期待できない(支援者の死亡や離別等も含む) <input type="checkbox"/> 配偶者や家族の病気・介護について <input type="checkbox"/> 配偶者・パートナーの言動・関係について <input type="checkbox"/> その他()		
10. (お子さんがいる方)この数か月の間に、ご家庭で右のことがありましたか。 ※あてはまるもの全てに☑	<input type="checkbox"/> しつけのし過ぎがあった <input type="checkbox"/> 感情的に叩いた <input type="checkbox"/> 乳幼児だけを家に残して外出した <input type="checkbox"/> 長時間食事を与えなかった <input type="checkbox"/> 感情的な言葉で怒鳴った <input type="checkbox"/> 子どもの口をふさいだ <input type="checkbox"/> 子どもを激しく揺さぶった <input type="checkbox"/> いずれも該当しない		
11. (お子さんがいらっしゃる方)育児で心配なことや困っていることはありますか	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> お子さんの成長(身体面)や病気に関すること <input type="checkbox"/> お子さんの発達(言葉、対人関係、行動等)に関すること <input type="checkbox"/> しつけ(食事・トイレ等)に関すること <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園に関すること <input type="checkbox"/> 予防接種や健診に関すること <input type="checkbox"/> 育児のサポートに関すること <input type="checkbox"/> その他()		
12. 上記の内容を話すことができる人・相談機関はありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 今後、相談する予定	

必要に応じて医療機関(産院など)や市役所の関係課と連携をとったり、内容によっては保健師等がご連絡したりする場合がございますことをご了承ください。同意いただき、ご署名をお願いいたします。

ご署名(妊産婦本人)

※申請者が妊産婦本人と異なる場合

ご署名(申請者)

続柄()