

転入者用医療機関委託妊婦・乳児健康診査  
及び新生児聴覚スクリーニング検査受診票交付申請書

届出日 年 月 日

袖ヶ浦市長 様

届出者 氏 名  
住 所  
電話番号

転入者用医療機関委託妊婦・乳児健康診査及び新生児聴覚スクリーニング検査受診票の交付を受けたいので、袖ヶ浦市妊婦健康診査及び乳児健康診査並びに新生児聴覚スクリーニング検査実施要綱第6条第2項の規定により次のとおり申請します。

母子健康手帳番号		発行市町村名	
子の母又は妊婦	ふりがな		
	氏名	電話番号	
	生年月日	年 月 日( 歳)	職業
	出産予定日	年 月 日	妊娠週数 週
子の父	ふりがな	住所 *申請者と異なる場合のみ	
	氏名		
	生年月日	年 月 日( 歳)	職業

\* 出産された方のみ

子	ふりがな		
	氏名	出生体重 g	
	生年月日	年 月 日( か月)	在胎週数 週 日

\*\*\*\*\* 以下担当者記入欄 \*\*\*\*\*

妊婦用受診票交付番号				
妊婦用受診票交付枚数	A 枚	B 枚	C-1 枚	C-2 枚
乳児・聴覚用受診票交付番号				
乳児用受診票交付枚数	聴	1	2	
ギフト	出産ギフト	転入前済 袖受付	子育て	転入前済 袖受付

職員サイン  
( )

<身分確認> 保険証 運転免許証 マイナンバー(通知)カード その他( )

<発行場所> 他市 <入 力> 未・済

～ 妊娠中の方への質問票 ～

健やかな妊娠・出産・子育てについて支援をさせていただくため、下記の記入もお願いします。

1	通院中医療機関	( )都道府県
2	出産予定医療機関	*通院と異なる場合のみ記入 ( )都道府県
3	里帰りの予定はありますか	1. なし                      2. あり( 年 月)頃から どこに( )
4	妊娠中の気持ちに、一番近いのはどれですか	1. 嬉しい                      2. 不安もあるが嬉しい 3. 不安の方が強い      4. 苦痛を感じる              5. その他( )
5	妊娠や育児の相談をできる方はいですか	1. 夫      2. 親      3. 友人      4. 専門職 5. その他( )      6. いない
6	生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか	1. いいえ                      2. はい
7	過去に分娩の経験はありますか	1. あり( 回)その内 早産 ( 回)      2. なし
8	過去に流産・死産の経験はありますか	流産 1. いいえ      2. はい ( 回)
		死産 1. いいえ      2. はい ( 回)
9	お子さんは今何人ですか	( 人) 歳、 歳、 歳、 歳
10	今までに何かご病気をされていますか	1. いいえ                      2. はい(該当するものに○をつけてください) ①結核      ②高血圧      ③腎臓病      ④糖尿病      ⑤肝炎 ⑥こころの病気              ⑦その他( )
11	この1年間に歯科受診をしましたか	1. はい                      2. いいえ
心配なこと、気になることがありますか		

備考欄
(特・気・無) 理由：