

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		電話番号	
	氏名			
	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		出生体重	g
	氏名			
	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> マイナンバーカード 運転免許証 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：