

妊婦転入届

母子健康手帳 交付日		令和 年 月 日 県 市交付						
妊婦個人番号								
妊婦	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)					
		職業						
		勤務先	☎					
夫	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)					
		職業						
		勤務先	☎					
世帯主名		同居	子供()人・夫・夫の父母・実父母・()					
住所 (住民票のあるところ)	十日町市 【行政区： 】	自宅電話	— — 妊婦携帯 — —					
分娩予定日	令和 年 月 日	現在の妊娠週数	週					
妊娠中の受診医療機関名		出産予定医療機関名	同左・異()					
診断または保健指導の有無	受けた(医師または助産師名：) ・ 受けていない							
性病に関する健康診断(梅毒等)	受けた ・ 受けていない	結核に関する健康診断(レントゲン等)	受けた ・ 受けていない					
妊娠回数(今回の妊娠を含む)	回	これまでの分娩回数	回					
今までの妊娠・ 分娩の状況	妊娠回数	年月	状況	出生児の体重	妊娠回数	年月	状況	出生児の体重
	1	年 月	出産・流産・死産	g	4	年 月	出産・流産・死産	g
	2	年 月	出産・流産・死産	g	5	年 月	出産・流産・死産	g
	3	年 月	出産・流産・死産	g	6	年 月	出産・流産・死産	g
参考事項	妊娠がわかったときの気持ちはいかがでしたか。	とてもうれしかった ・ 予想外だったがうれしかった 予想外で戸惑った ・ 困った ・ 特になんとも思わなかった						
	妊娠・分娩にかけて協力してくれる人がいますか。	はい(誰) ・ いいえ						
	これまでにかかった病気はありますか。	なし あり(甲状腺疾患・心疾患・腎疾患・糖尿病・高血圧・精神疾患・ その他() 治療状況()						
	あなたは、たばこを吸いますか。	吸わない ・ 妊娠してやめた ・ 現在も吸う(1日 本)						
	夫・家族は、たばこを吸いますか。	吸わない ・ 吸う(1日 本くらい)						
	あなたは、酒類を飲みますか。	飲まない ・ 妊娠してやめた ・ 現在も飲む(1日量)						
	妊娠中や出産後に心配なこと、不安なことはありますか。	なし あり → 育児のこと ・ 経済的なこと ・ 仕事との両立 健康状態(本人・家族) ・ パートナーとの関係 上の子の育て ・ その他()						
	上記以外で相談したいことはありますか。							
妊婦健診受診票 交付理由	令和 年 月 日付 県 市より転入	受診票 交付No.	※					
上記のとおり届け出ます。 <input type="checkbox"/> 妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない総合的な支援に必要な場合は、産科医療機関等との関係機関と連携をとることに同意します。 <input type="checkbox"/> 妊婦のための支援給付を受ける資格を有することを申告するとともに、認定の申請をします。 十日町市長様 令和 年 月 日 届出妊婦氏名								
妊婦のための支援給付手続き <input type="checkbox"/> 他市町村で申請済(市・町・村) ・ <input type="checkbox"/> 未 受付担当【 】								