

母子健康手帳（別冊）申込書

（宛先）川崎市長

年 月 日

※太枠内と裏面に御記入ください。

フリガナ 氏名			
生年月日	年 月 日	職業	
住所・電話	川崎市 区		電話
転入前住所		転入年月日	年 月 日
出産予定日	年 月 日	妊娠週数	
医療機関名称			
パートナー氏名			
パートナー 生年月日	年 月 日	パートナー 職業	

*****センター記入欄*****

妊婦健康診査費用補助券交付枚数（該当週数にチェックを入れ、非交付の補助券を再度確認してください。）
非交付番号は補助券左上の様式番号を表しています。

転入日の妊娠週数	補助券種類	非交付番号
<input type="checkbox"/> ~16週	8,000円券×3枚、6,000円券×2枚、4,000円券×8枚	①
<input type="checkbox"/> 17週~20週	8,000円券×2枚、6,000円券×2枚、4,000円券×8枚	①②
<input type="checkbox"/> 21週~24週	8,000円券×2枚、6,000円券×2枚、4,000円券×7枚	①②⑦
<input type="checkbox"/> 25週~28週	8,000円券×2枚、6,000円券×2枚、4,000円券×6枚	①②⑦⑧
<input type="checkbox"/> 29週~32週	8,000円券×2枚、6,000円券×1枚、4,000円券×5枚	①②⑥~⑨
<input type="checkbox"/> 33週~36週	8,000円券×1枚、6,000円券×1枚、4,000円券×4枚	①~③⑥~⑩
<input type="checkbox"/> 37週~40週	6,000円券×1枚、4,000円券×3枚	①~⑤、⑦~⑪

(No.)

（備考）

- ・転入時に、血液検査等を含む感染症の検査を未実施で、母体や胎児の健康確保の観点から21,000円券交付の必要性が高いと判断される場合には、本来交付されるべき補助券種のうち、最も高額な券と差し替えることができる。
- ・妊娠週数16週までの転入者で、他都市で一度も補助券を利用していないようであれば、14回分の交付を行う。

おたすね

ご妊娠おめでとうございます。地域みまもり支援センターでは、妊娠・出産・子育てや、ご家族の健康についても相談を受けています。気になることや困っていることなどご質問がありましたら、この機会にお気軽にご相談ください。

妊娠回数	妊娠 はじめて ・ 回目 出産 はじめて ・ 回目	居住歴	この区に住んで（ 年 か月）
里帰り出産の予定	なし・未定 あり（里帰り先： ）	出産予定病院	
		産後の手伝い	なし・あり（ ）
既往歴	なし・あり 高血圧 腎臓病 糖尿病 肝炎 甲状腺疾患 うつ病 適応障害 その他の精神疾患 婦人科系疾患 不妊症・不育症 その他慢性疾患（ ） （ 歳頃 治療経過： ）		
いまかかっている病気	なし・あり（ ）		
現在の体調	よい・どちらともいえない・ 体調が悪い（つわり・頭痛・出血・眠れない・食欲がない・その他（ ））		
妊娠がわかった時の気持ち	うれしい おどろき 不安 困った その他（ ）		
喫煙について	あなた	吸う（ 本／日）・やめた（妊娠して・それ以前）・吸わない	
	パートナー	吸う（ 本／日）・やめた（妊娠して・それ以前）・吸わない	
飲酒について	あなた	飲む（何を： 量： ）週 回）・やめた・飲まない	
	パートナー	飲む（何を： 量： ）週 回）・やめた・飲まない	
同居者	人	あなた・パートナー（職業： ）・	
同居者の健康状態	よい・通院が必要・介護が必要・健康に不安・その他（ ）		

○家事や仕事など日常生活でストレスを感じていますか。

いいえ ・ はい（どのようなことですか： _____）

○必要なとき、相談に乗ってくれる人、信頼して相談できる人がいますか。

いる【パートナー・その他（ ）】 ・ いない

○いま、質問したいこと、相談したいことなどがありましたらご記入ください。

体調のこと・パートナーのこと・家族のこと・経済的なこと・出産病院のこと・産後のこと・その他

(_____)