

母子健康手帳および妊婦健康診査受診票申請書  
妊婦歯科健康診査受診券申請書

令和    年    月    日

嘉 島 町 長 様

「嘉島町妊婦健康診査助成金」、「嘉島町妊婦歯科健康診査受診券」の交付を受けたいので、「嘉島町妊婦健康診査事業実施要領」、「嘉島町妊婦歯科健康診査実施要綱」の規定により下記のとおり申請します。

また、申請した内容について確認の必要がある場合は、嘉島町が公簿等で確認することに同意します。確認できない場合は、関係書類を提出します。

ふりがな

申請者(妊婦)氏名

印

配偶者(夫)  
パートナー 氏名

現住所	嘉島町大字  (世帯主名：  様方)		電話 (携帯)	—      —	
生年月日	妊婦	S・H    年    月    日 (    才)	配偶者 (夫)	S・H    年    月    日 (    才)	
職 業	妊婦		配偶者 (夫)	保険の 種類	(    社保・国保    )

■現在の妊娠週数	(      ) 週
■出産予定日	年    月    日
■妊娠回数	①今回の妊娠が初回    ②今回を含めずこれまで (      ) 回
■出産予定の医療機関(産婦人科)名	
■里帰り等で <del>県外</del> の医療機関(産婦人科)で出産する予定について	予定の有無                  無    ・    有
	里帰り時期                  妊娠 (      ) 週から
	里帰りする場所(県名) (      ) 都・道・府・県
■今回の妊娠中に歯科健診を受けたことがありますか？	無    ・    有

【役場にて記入】

台帳記入 (      )

カルテ記入 (      )

PC入力 (      )

※該当するものに○をつけてください。

※このアンケートで記入された内容等については、今後のより良い学級・サービス提供等に活かすための資料とするものです。それ以外の目的で使用するものではありません。

質問内容		回答欄	
<b>★生活習慣についてお尋ねします</b>			
1	起床時間・就寝時間のおおよその時間を教えてください。	起床時間( )・就寝時間( )・不規則	
2	食事のおおよその時間を教えてください。	朝食( )・昼食( )・夕食( ) 不規則	
3	定期的な運動習慣はありますか？	いいえ	はい (頻度: 週に 回/内容: )
4	定期的に体重を測定していますか？	いいえ	はい 頻度( 毎日 / 週に 回 / 月に 回 )
5	毎年健康診断を受けていますか？	はい	いいえ 受けない理由( )
6	タバコを吸いますか？	いいえ	妊娠してやめた  はい( 本/日)
7	同居している家族は、あなたの近くで喫煙していますか？	いいえ	はい(誰: )
8	お酒を飲みますか？	いいえ	妊娠してやめた  はい
<b>★からだのことについてお尋ねします</b>			
9	非妊時の体重・身長を右欄にご記入ください。	身長 非妊時体重	cm kg BMI ( ) ※BMI=体重kg÷身長m÷身長m
10	これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？	いいえ	※該当するものに○をつけてください。 1.糖尿病(尿糖) 2.高血圧 3.心臓病 4.貧血 5.腎臓病(尿たんぱく) 6.甲状腺の病気 7.子宮等の病気 8.妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 9.こころの病気 10.アレルギー(鼻炎・じんましん・皮膚炎・喘息) 11.その他( )
11	これまでの妊娠歴で右欄に該当するものがありますか？該当するものすべてに○をつけてください。	いいえ	1.流産( 回) 2.早産( 回) 3.死産( 回) 4.未熟児出生( 回) 5.中絶( 回)
12	自分の親・兄弟に右欄に該当する人はいますか？	いいえ	※該当するものに○をつけてください。 1.糖尿病 2.高血圧 3.心臓病 4.腎臓病 5.妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) 6.その他( )
<b>★食生活についてお尋ねします</b>			
13	外食や総菜を利用しますか？	いいえ	時々 毎日
14	野菜を食べていますか？	毎食食べる	1日に1食は食べる 時々食べる
15	妊娠前に比べて食生活に気をつけていることはありますか？	いいえ	はい (内容: )
<b>★婚姻・妊娠・産後のことについてお尋ねします。</b>			
16	結婚していますか？	はい ( )歳の	いいえ ※どちらかに○をつけてください。 (今後婚姻予定あり・予定なし)
17	パートナーには何でも打ち明けること(相談)ができますか？	はい	いいえ どちらともいえない
18	妊娠したことを前向きに受け止められていますか？	はい	いいえ どちらともいえない
19	気持ちが憂うつになったり、落ち込んだりすることはありますか？	いいえ	はい(どんな時: )
20	今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について産婦人科や内科の医師に何か問題があると言われていましたか？	いいえ	はい(内容: )
21	産後の生活をするのに支援、協力してくれる人がいますか？	はい(誰: )	いいえ
22	産後、実家などに里帰りする予定はありますか？	はい 期間:産後約 か月間 里帰り先:( )市・町・村 上記連絡先(電話番号): ( )様方 ( )-	いいえ あなたの実家: ( )市・町・村 上記連絡先(電話番号): ( )様方 ( )-
23	今回の妊娠で気になることや心配事はありますか？	いいえ	※該当するものに○をつけてください。 1.出産に関すること 2.自身の健康面 3.経済的なこと 4.仕事のこと 5.家族のこと 6.その他( )
<b>★出産経験がある方にお尋ねします。※今回が初めての出産となる人は記入の必要はありません。</b>			
	第1子	第2子	第3子
氏名			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
出産年齢	歳	歳	歳
妊娠中の体重増加	kg	kg	kg
分娩状況	経陰分娩・帝王切開	経陰分娩・帝王切開	経陰分娩・帝王切開
出生週数	週	週	週
出生体重	g	g	g