

【転入者用】妊婦面接シート (兼 育児パッケージ申請書)

No. 26 - 転 -

◎ご記入いただいた内容は個人情報として取扱います。届出書は市役所で管理し、妊娠・出産・子育て支援の目的以外には使用しません。

◎太枠内をご記入ください。また、裏面の子育てアンケートもお答えください。

ふりがな	生 年 月 日		年齢	職 業
妊婦氏名	S H 年 月 日			□デスクワーク □立ち仕事
①既婚 ②未婚(入籍予定 あり・なし)				
ふりがな	生 年 月 日		年齢	職 業
夫氏名 (パートナー)	S H 年 月 日			
居住地	日野市		電 話 番 号 ※日中(平日8:30~17:00の間)連絡がとれる電話番号をご記入ください。	
			【妊婦携帯】	
	外国籍の方は国籍を記入してください()		【緊急連絡先】 (続柄:)	
妊娠週数	満 週	分娩予定日	年 月 日	里帰り出産の予定 ①あり ②なし ③未定
過去の妊娠・出産	妊娠回数	①なし ②あり()回		出産回数 ①なし ②あり()回
妊娠の状態	①単胎 ②多胎()胎	不妊治療の有無	①あり ②なし	性病検査(血液検査) ①受けた ②受けていない
				結核検査(胸部レントゲン) ①受けた ②受けていない
妊娠の診断を受けた医療機関について	医療機関名称	医療機関電話番号		
	医療機関住所	医師または助産師の氏名		
上記のとおり届け出ます。 年 月 日				
日 野 市 長 殿				
届出者氏名 _____				(続柄:)

【届出者受け取り確認欄】

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 1冊 外国語版母子手帳()語 | <input type="checkbox"/> 妊婦健診受診票 (14回分) | <input type="checkbox"/> R Sウイルスワクチン予診票 (1回分) |
| <input type="checkbox"/> 育児パッケージ 渡し済◎ (管理番号:) | <input type="checkbox"/> 超音波検査のごあんない (4回分) | <input type="checkbox"/> 1か月児健診受診票 (1回分) |
| <input type="checkbox"/> 妊婦支援給付金の申請 | <input type="checkbox"/> 妊婦子宮頸がん検診受診票 (1回分) | <input type="checkbox"/> 産婦健診受診票 (2回分) |
| ○ 電子ギフト (管理番号:) | <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健診受診票 (1回分) | |
| ○ 都ギフト (管理番号:) | <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 (1回分) | |
| ○ 口座振込 | <input type="checkbox"/> R Sウイルスワクチン予診票 (1回分) | |
| ※妊娠6~8か月アンケート、電話番号使用の同意あり | <input type="checkbox"/> 1か月児健診受診票 (1回分) | |
| | <input type="checkbox"/> 産婦健診受診票 (2回分) | |

【給付金に関する項目】

■他自治体母子健康手帳交付日	年 月 日
■母子健康手帳交付自治体	
■妊婦支援給付金 支給状況	1回目 ・ 2回目

上記を受け取りました。氏名 ()

【市確認欄】

住基確認

本人確認	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	【☆】	【確認番号】 1. E 2. 地 3. T 4. 赤
	2点	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 各種医療証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 学生証、社員証 <input type="checkbox"/> 公共料金の領収書 <input type="checkbox"/> その他 ()		

日野市 子育てアンケート



◎ご記入いただいた内容は個人情報として取扱い、
妊娠・出産・子育て支援の目的以外には使用しません。

1	家族構成を ご記入ください	妊婦さんを含めた同居人数 () 人 ※同居のご家族に○をつけてください。 夫(パートナー) ・ 子ども () 人 ・ 父 ・ 母 ・ その他 ()	
2	ここ1か月の体調はいかが ですか(複数回答可)	よい	よくない ①つわり症状 ②疲れやすい ③眠れない ④イライラする ⑤涙ぐみやすい ⑥何もする気がしない ⑦気分が沈む ⑧その他 ()
3	今までにかかった病気や 現在治療中の病気は ありますか	なし	あり 心臓病 高血圧 腎臓病 糖尿病 甲状腺の病気 難病 肝炎 こころの病気 その他 () 診断名【 】
4	心療内科や精神科等に 相談したことがありますか	なし	あり 相談先 () ・ わからない いつ頃からですか (歳頃) : 治療中 治療終了 その他
5	常用薬がありますか	なし	あり 睡眠薬 安定剤 その他の薬 お薬名 ()
6	お酒を飲んでいますか	いいえ	はい 1週間に (回程度) ・ (ml/日) やめたいと思いますか。(はい・いいえ)
7	タバコを吸っていますか	いいえ	はい 1日に (本程度) ・ 喫煙期間 (年) やめたいと思いますか。(はい・いいえ)
8	同居人でタバコを吸って いる人はいますか	いいえ	はい どなたですか? () 分煙されていますか(はい・いいえ)
9	夫(パートナー)の体調は いかがですか	よい	よくない
10	妊娠に対する今現在の お気持ちはいかがですか	うれしい	うれしく ない 迷いや不安がある 理由 ()
11	夫(パートナー)には 何でも相談できますか	はい	いいえ
12	あなたのお母さんには 何でも相談できますか	はい	いいえ
13	出産後、家事や育児を一緒に 手伝ってくれる人はいますか	いいえ	はい 手伝ってくれる方はどなたですか? 夫(パートナー) ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 ・ その他 ()
14	何か心配なこと 不安なこと 困っていることはありますか (複数回答可)	なし	あり (ア) 妊娠・出産について (イ) 経済的なこと (ウ) 自分の身体のこと (エ) 夫婦(パートナー)関係のこと (オ) 家族関係のこと (カ) 育児の仕方 (キ) 相談者や協力者が見つけれない (ク) その他 ()

【市メモ欄】

【時間】 : ~ : 【来所者】 妊婦 ・ 夫(パートナー) ・ 子 () 人 ・ 実母 ・ その他

【風疹抗体検査】 説明済 【ソーシャルポート】 0 ・ 1 ・ 2以上 【個別記録(フォロー画面)】 無 有 面接者 _____