

妊婦健康診査等助成券交付申請書

5年保管

交付番号:

フリガナ				世帯主氏名			
妊婦氏名				父となる者			
年 齢	歳 (S・H 年 月 日生)			年 齢		職 業	
職 業				携 帯	()		
本人携帯	()	妊	8	分 娩 予 定 日	令和 年 月 日		
自宅電話	()			現在の妊娠週数	第 週		
居住地	深谷市			分娩予定日の年齢	歳		
				国 籍(外国人のみ)			
				妊娠回数	初回	回目 (※今回の妊娠を含む)	
出産予定の 病医院名・助産院名	(都 道 府 県)			出産回数	初回	回目 (※今回の妊娠を含む)	
上記のとおり届出いたします。							
令和 年 月 日							
深谷市長 宛 申請者氏名 (妊婦との関係)							

妊娠、出産、子育て期に至るまで切れ目ない支援が提供できるように、今後の妊娠等の情報について、必要に応じて関係機関等と情報を共有することについて同意します。

妊婦氏名()代筆者()

※本人が来所できない場合、記載が必要です。

委任状 (必ず妊婦本人が自署してください)

令和 年 月 日

委任者(妊婦本人) 氏名 _____

住所 _____

代理人(届出者) 氏名 _____

住所 _____

委任者との続柄 _____

私は上記のものを代理人と定め、次の権限を委任します。

1. 妊婦健康診査等助成券の申請手続きに関すること

2. 妊婦健康診査等助成券の受領に関すること

※来所時、代理人の身分証明書をお持ちください。

◎裏面もあります。

※市処理欄

助成券	HIV	子宮頸がん	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	HTLV-1	クラミジア	新生児聴覚	産婦健診	歯科受診票
	桃	桃	桃	白	青	白	白	青	白	白	白	青	白	青	白	白	黄	黄	白	白	白
担当者						来所者	本人・夫・パートナー・実母・子ども・その他(														
肝炎検査	未 (同意書: 有 ・ 無)					体重増加の目安	体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) = BMI					BMI		体重増加の目安							
	済 (結果: + ・ -)											18.5未満		12~15kg							
	陽性者→(精検受診: 未 ・ 済)											18.5以上 25未満		10~13kg							
	精検未受診者→(同意書: 有 ・ 無											25以上 30未満		7~10kg							
	、											30以上		病院と相談							
妊婦応援ギフト申請	有 ・ 無 (希望なしで申請書記入する)					備考															

アンケートは、妊婦さんご自身が記入していただきますようお願いいたします。

ご記入いただいた内容は、個人情報として扱い、プライバシーを保護します。安心してご記入ください。

①良好 ②疲れやすい ③よく眠れない ④イライラする
⑤つわりがある ⑥その他（ ）

①うれしい ②楽しみ ③なんとも思わない ④びっくりした ⑤ホッとした
⑥困った ⑦戸惑った ⑧その他（ ）

①うれしい ②楽しみ ③なんとも思わない ④びっくりした
⑤どう感じたかわからない ⑥困った ⑦戸惑った
⑧その他()

①ない

②ある→お腹の子どものこと 出産に関すること 育児 家事や仕事
身体（心）の不安 家族との関係 介護 経済的なこと
たばこ 暴力 その他（ ）

②はい→たばこ (本/日)、お酒 (ml/日)

①夫（パートナー） ②実父母 ③義父母 ④兄弟姉妹 ⑤友人 ⑥その他（ ）
⑦相談できる人がいない

①夫（パートナー） ②実父母 ③義父母 ④兄弟姉妹 ⑤友人 ⑥その他（ ）
⑦支援者がいない

①毎日が楽しかった ②負担はあるが楽しかった ③負担がありかなり疲れた
④よくイライラした ⑤子どもをかわいいと思えず負担だった ⑥体調不良が続いた
⑦自分の時間がなく苦痛だった ⑧その他（ ）

①はい ②いいえ ③どちらともいえない

①いいえ

②はい→里帰り先（実家等）の住所 （ ）
電話番号 （ ）（ ）様方)

①ない

②ある→お産のこと：帝王切開 中絶（ 回） 流産（ 回） 早産 死産 ｝ いつ頃（ ）

今回の妊娠のための不妊治療（治療期間 年 か月）

→身体のこと：高血圧 糖尿病 心臓病 甲状腺の病気 ｝ いつ頃（ ）

肝臓・腎臓の病気 その他（ ）

→こころのこと：うつ病 パニック障害 統合失調症 ｝ いつ頃（ ）

依存症 適応障害 その他（ ）

身長 () cm 体重 () kg

