

受診券交付申請書(転入妊婦用)

ふりがな		生年月日	職 業
妊婦氏名 (個人番号)		昭・平 年 月 日 ( )歳	
ふりがな		生年月日	職 業
夫 氏 名 (パートナー)		昭・平 年 月 日 ( )歳	
居 住 地 (住民票所在地)	泉大津市		
電話番号	自宅 携帯		
出産予定日	令和 年 月 日	出産予定人数	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 ( 人 )
妊娠週数 (妊娠月数)	妊娠 週 ( 満 か月 )	出産予定 医療機関	<input type="checkbox"/> 泉大津市立病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )
健 診 受 診 医療機関名	<input type="checkbox"/> 泉大津市立病院 <input type="checkbox"/> その他 ( )	母子手帳 発 行 日	令和 年 月 日
交付申請 理 由	<input type="checkbox"/> 泉大津市に転入したため ⇒ ( ) 市 町 村 より転入 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

上記のとおり、受診券を交付願います。  
交付に際して、本申請書の記載事項について、住民基本台帳にて確認することを承諾します。

令和 年 月 日

泉大津市長 様

届出者氏名

妊婦との続柄: ☐ 本人 ☐ 夫(パートナー) ☐ 父母 ☐ その他

マタニティ応援プロジェクトにおいて、米の配送(毎月 10kg)を	
<input type="checkbox"/>	希望します。 また、別紙の案内チラシに記載の同意・確認事項について同意します。
<input type="checkbox"/>	希望しない。

.....  
【泉大津市処理欄】 No.

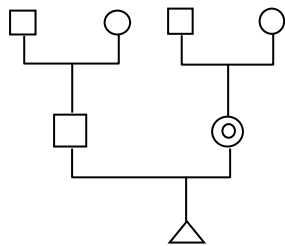
受診券交付通し番号 ~ 14	交付受付者	<input type="checkbox"/> 住基確認済	
母子手帳発行市町村・発行日 ( )市町村 年 月 日	(地区担当 . )		
レター送付 可 . 不可	米の配送 可 . 不可		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

来所者:妊婦 夫(パートナー) 妊婦方実父・実母 子(その他( ) )

情報

実家

妊婦 ( ) 市 都 道 府 県 夫・パートナー( ) 市 都 道 府 県 )



アセスメント

☐ 気がかりなし

助言内容

- ☐ 妊娠中の過ごし方 (つわり・禁煙・禁酒指導)
- ☐ 両親教室 (たまごくらす) 案内 ( / )
- ☐ 里帰り (府外助成、他市での母子保健事業や予防接種)
- ☐ 経済面 (出産一時金・生活応援窓口・国保減免→チラシ配布)
- ☐ 上の子の預かり等 (家族・一時預かり保育・無認可保育所・ファミサポ)
- ☐ 転出時の妊婦健診受診券の交換手続きについて
- ☐ 産後のイメージ作り、過ごし方 (メンタル面・支援者の確保・上の子との過ごし方)
- ☐ 産後の母子保健事業の説明 (産後ケア・新生児訪問・こんにちは赤ちゃん訪問)
- ☐ 地区担 PHN 紹介 (顔合わせ・後日 TEL)
- ☐ 出産応援給付金・マタニティ応援 P (同意事項説明)
- ☐ その他

次回方針

- ☐ こんにちは赤ちゃん訪問
- ☐ 妊娠中の支援【令和 年 月】  
電話 面接 訪問 上の子の健診等 ( )
- ☐ 産後【令和 年 月】電話

確認内容

- ☐ 入籍・転出・転居確認
- ☐ 体調 (つわり・メンタル面・その他 )
- ☐ 両親教室 (たまごくらす) 案内
- ☐ 予定日・分娩施設確認
- ☐ 出産前後の支援者の確保やイメージ
- ☐ その他 ( )

# アンケート

No.

泉大津市では、妊娠・出産・子育ての様々なご相談や支援を行っています。今後の参考にさせていただくため、下記のアンケートへのご回答をお願いいたします。記入内容をもとに子育て応援課から連絡をさせていただく場合があります。また、ご不明な点や今後の経過などでご心配なことがありましたら、子育て応援課までご連絡ください。申請書に記載いただいた居住地に対して、妊娠初期・中期・後期に、役立つ情報がいっぱいの「応援レター」をお届けします。

項 目	当てはまる回答にチェック又はご記入をお願いいたします
① 婚姻について	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚（ <input type="checkbox"/> 入籍予定あり）
② 転居の予定について	<input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり（      年      月頃      ）
③ 里帰りの予定について	<input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり（      年      月頃      ）
④ 妊娠、出産、育児のことで相談したり、協力してくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> 有    ⇒ <input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> その他（      ）
⑤ これまでに妊娠・出産をしたことがありますか（今回の妊娠は含まない）	<input type="checkbox"/> 有    ⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠（      ）回 <input type="checkbox"/> 出産（      ）回 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 流産（      ）回 <input type="checkbox"/> 中絶（      ）回
⑥ 今回、予定した妊娠でしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 今回の妊娠では不妊治療をしましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 今回、妊娠されて今のお気持ちはいかがですか	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> とまどっている <input type="checkbox"/> わからない
⑨ 夫（パートナー）の今のお気持ちはいかがですか	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> とまどっている <input type="checkbox"/> わからない
⑩ 現在、困っていること、悩んでいること、不安なことはありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 健康面 <input type="checkbox"/> 有    ⇒ <input type="checkbox"/> 夫婦（パートナー）関係 <input type="checkbox"/> 父母との関係 <input type="checkbox"/> 上の子の育児 <input type="checkbox"/> その他（      ）
⑪ あなた以外の家族で体調の悪い人はいますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ⇒ <input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> その他（      ）
⑫ 現在、夫（パートナー）や同居家族は、タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う    ⇒ <input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> その他（      ）
⑬ あなたは、現在治療中の病気や、これまでにかった病気はありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 有    ⇒ <input type="checkbox"/> こころの病気（うつ病、パニック障がいなど） <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他（      ） ⇒ それはいつ頃ですか（      年前）・現在治療中
⑭ この１年間に、 <u>２週間以上続く</u> 「眠れない」「イライラ」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

あなたの生活習慣についてお伺いします。

① タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 吸う
② お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 飲む
③ 定期的に運動をしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④ １日７～８時間の睡眠をとっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 朝食はほぼ毎日とっていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 間食はあまりしないようにしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 妊娠前と比べて生活習慣を気にしていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

裏面の記入もお願いいたします。



## あなたの気持ち質問票

過去 7 日間にあなたが感じたことに最も近い答えに○をつけてください。必ず 10 項目全部にお答えください。

1. 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。  
( ) いつもと同様にできた  
( ) あまりできなかった  
( ) 明らかにできなかった  
( ) 全くできなかった
2. 物事を楽しみにして待った  
( ) いつもと同様にできた  
( ) あまりできなかった  
( ) 明らかにできなかった  
( ) 全くできなかった
3. 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた  
( ) はい、たいていそうだった  
( ) はい、時々そうだった  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった  
( ) いいえ、全くなかった
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした  
( ) いいえ、そうではなかった  
( ) ほとんどそうではなかった  
( ) はい、時々あった  
( ) はい、しょっちゅうあった
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた  
( ) はい、しょっちゅうあった  
( ) はい、時々あった  
( ) いいえ、めったになかった  
( ) いいえ、全くなかった
6. することがたくさんあって大変だった  
( ) はい、たいてい対処できなかった  
( ) はい、いつものようにはうまく対処できなかった  
( ) いいえ、たいていうまく対処した  
( ) いいえ、普段通りに対処した
7. 不幸せな気分なので、眠りにくかった  
( ) はい、ほとんどいつもそうだった  
( ) はい、時々そうだった  
( ) いいえ、あまり度々ではなかった  
( ) いいえ、全くなかった
8. 悲しくなったり、惨めになったりした  
( ) はい、たいていそうだった  
( ) はい、かなりしばしばそうだった  
( ) ほんの時々あった  
( ) いいえ、全くそうではなかった
9. 不幸せな気分だったので、泣いていた  
( ) はい、たいていそうだった  
( ) はい、かなりしばしばそうだった  
( ) ほんの時々あった  
( ) いいえ、全くそうではなかった
10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた  
( ) はい、かなりしばしばそうだった  
( ) 時々そうだった  
( ) めったになかった  
( ) 全くなかった

ご記入ありがとうございました。なお、ご記入いただいた内容は、個人情報として厳重に取り扱います。また、泉大津市の母子保健施策の推進のため統計的に処理し結果を公表することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。

