

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	
住 民 票	泉大津市		
居 住 地	☐ 住民票に同じ ☐ 住民票と異なる ()		
電話番号	自宅 携帯		
出産予定日	令和 年 月 日	出産予定人数	☐ 単胎 ☐ 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	☐ 泉大津市立 周産期小児医療センター ☐ その他 ()
健 診 受 診 医療機関名	☐ 泉大津市立 周産期小児医療センター ☐ その他 ()	母子手帳 発 行 日	令和 年 月 日 発行元の市町村名 ()
交付申請理由	☐ 泉大津市に転入したため ⇒ () 市 町 村 より転入 ☐ その他 ()		

泉大津市長 様

交付に際して、本届出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。
また、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、必要に応じて市と関係機関が連携をとることに同意します。

令和 年 月 日

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	
☐	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。
☐	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	☐ 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			
			☐	☐

※このページは記入不要です

来所者:妊婦 夫(パートナー) 妊婦方実父・実母 子()

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、妊娠期から子育て期にわたり切れ目のない支援のために使用しますので、下記のアンケートへのご回答をお願いいたします。

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	☐ 既婚 [☐ 婚姻期間 (月・年)] ☐ 未婚 [☐ 交際期間 (月・年) ☐ 入籍予定なし ☐ 入籍予定あり (年 月頃)]	
② 転居の予定について	☐ 予定なし ☐ 予定あり (年 月上旬・下旬 どこへ :)	
③ 里帰りの予定について	☐ 予定なし ☐ 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	☐ 有 ⇒ [☐ 夫(パートナー) ☐ 実母 ☐ 実父 ☐ 義母 ☐ 無 [☐ 義父 ☐ 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)	☐ 有 ⇒ [☐ 妊娠 () 回 ☐ 出産 () 回 ☐ 無 [☐ 流産 () 回 ☐ 中絶 () 回]	
⑥ 今回、予定した妊娠でしたか	☐ はい ☐ いいえ	
⑦ 今回の妊娠では不妊治療をしましたか	☐ はい ☐ いいえ	
⑧ 今回、妊娠されて今のお気持ちはいかがですか	☐ うれしい ☐ 不安 ☐ 困っている ☐ とまどっている ☐ 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	☐ うれしい ☐ 不安 ☐ 困っている ☐ とまどっている ☐ 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	☐ 無 [☐ 妊娠・出産について ☐ 経済面 ☐ 健康面 ☐ 有 ⇒ [☐ 夫婦(パートナー)関係 ☐ 父母との関係 ☐ 上の子の育児 ☐ その他 ()]	
⑪ あなた以外の家族で体調の悪い人はいますか	☐ 無 ☐ 有 ⇒ ☐ 夫(パートナー) ☐ 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	☐ 吸わない ☐ 吸う ⇒ ☐ 夫(パートナー) ☐ 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	☐ 無 [☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 高血圧症 ☐ 肝炎 ☐ 有 ⇒ [☐ こころの病気(うつ病、パニック障がいなど) ☐ その他 ()] ⇒それはいつ頃ですか(年前)現在治療中・治療済み 病院名 ()・治療内容()	
⑭ 現在、利用または取得されているものはありますか	☐ なし ☐ 生活保護 ☐ 精神保健福祉手帳 (級) ☐ 自立支援医療 ☐ 身体障害者手帳 (級) ☐ 療育手帳 ()	
⑮ 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	☐ 無 ☐ 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	☐ 吸わない ☐ 妊娠してやめた ☐ 吸う(約_____本/日)
② お酒を飲みますか	☐ 飲まない ☐ 妊娠してやめた ☐ 飲む
③ 定期的に運動をしていますか	☐ はい ☐ いいえ
④ 1日7～8時間の睡眠をとっていますか	☐ はい ☐ いいえ
⑤ 朝食はほぼ毎日とっていますか	☐ はい ☐ いいえ
⑥ 間食はあまりしないようにしていますか	☐ はい ☐ いいえ
⑦ 妊娠前と比べて生活習慣を気にしていますか	☐ はい ☐ いいえ

裏面の記入もお願いいたします。



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。

