

母子健康手帳等交付（再交付）申請書

交付番号

第

号

太枠の中をご記入ください

現在妊娠中のかたは、裏面もご記入ください

|                                       |                               |                                                        |          |    |                            |         |   |   |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------|----------|----|----------------------------|---------|---|---|
| 交付を希望するもの<br>(希望するものに○)               |                               | 母子健康手帳<br>母子健康手帳別冊<br>(妊婦健診・産婦健診助成券・新生児聴覚スクリーニング検査助成券) |          |    |                            |         |   |   |
| 交付（再交付）の理由<br>(該当する理由に○)              |                               | 転入 ・ 紛失 ・ 破損 ・ 海外で出生した ・ 多胎<br>その他 ( ) ・ 母子保健サービス      |          |    |                            |         |   |   |
| フリガナ                                  |                               |                                                        |          |    | ※<br>子<br>に<br>つ<br>い<br>て | フリガナ    |   |   |
| 氏名                                    |                               |                                                        |          |    |                            | 氏名      |   |   |
| 生年月日                                  | 年                             | 月                                                      | 日        | 職業 |                            | 生年月日    | 年 | 月 |
| ( 歳)                                  |                               |                                                        |          |    | ( 歳)                       |         |   |   |
| 住所                                    | 川口市                           |                                                        |          |    |                            |         |   |   |
| 電話番号                                  | ( ) ◎日中連絡が取れる番号を記入してください。     |                                                        |          |    |                            |         |   |   |
| 出産予定日                                 | 年 月 日                         |                                                        |          |    | 子<br>の<br>父                | フリガナ    |   |   |
| 妊娠週数                                  | 現在 ( ) 週目 第 子                 |                                                        |          |    |                            | 氏名      |   |   |
| 妊娠回数                                  | 初回・ ( ) 回目                    | 出産回数                                                   | 無・ ( ) 回 |    |                            | 生年月日    |   |   |
|                                       |                               | 年 月 日 ( 歳)                                             |          |    |                            |         |   |   |
| 医療機関                                  | ★病院又は産院名：<br>妊婦健診最終受診日： 年 月 日 |                                                        |          |    |                            |         |   |   |
|                                       | 里帰りの有無： 無 有 未定 ★出産予定医療機関：     |                                                        |          |    |                            |         |   |   |
| 個人番号<br>マイナンバー                        |                               |                                                        |          |    | 国籍                         | 外国籍の方のみ |   |   |
| 上記の理由により、母子健康手帳等の交付（再交付）を受けたいので申請します。 |                               |                                                        |          |    |                            |         |   |   |
| 年 月 日                                 |                               | 申請者住所                                                  |          |    |                            |         |   |   |
| (あて先) 川口市長                            |                               | 申請者氏名                                                  |          |    |                            |         |   |   |

※こどもが出生している場合は、「子について」の欄もご記入ください。

----- < 職員処理欄 > -----

令和7年度 市5年保管

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                   |                    |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| ① | <input type="checkbox"/> 母子健康手帳を交付時の必須事項（上記★の項目）の確認                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| ② | <input type="checkbox"/> 窓口に来られた方の<br>本人確認確認書類を <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                     | <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"/> 在留カード等<br><input type="checkbox"/> その他（保険証・ ） <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 委任状添付 |                    |
| ③ | <input type="checkbox"/> 妊婦の住基確認                                                                                                                                                                                                                                                        | ④ <input type="checkbox"/> 個人番号確認                                                                                                                                                                                                 | ⑤ 外国語版 [英語 ・ その他 ] |
| ⑥ | 処理部署<br><input type="checkbox"/> 地保セ <input type="checkbox"/> 鳩ヶ谷分室 <input type="checkbox"/> 中央ST <input type="checkbox"/> 青木ST <input type="checkbox"/> 南平ST<br><input type="checkbox"/> 芝ST <input type="checkbox"/> 神根ST <input type="checkbox"/> 戸塚ST <input type="checkbox"/> 新郷ST |                                                                                                                                                                                                                                   | 対応者名               |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                   | 交付日                |
| ⑦ | <input type="checkbox"/> 妊婦支援給付金（オレンジ）の紙渡した<br><input type="checkbox"/> 渡さなかった（理由： <input type="checkbox"/> 転入前の市町村で申請済 <input type="checkbox"/> 妊婦以外の来所のため）<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                   | 妊婦面談<br>実施者        |
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                   | 妊婦面談<br>実施日        |
| ⑧ | <input type="checkbox"/> WEB予約後来所 <input type="checkbox"/> 電話連絡後来所 <input type="checkbox"/> 予約なし来所 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   | 年 月 日              |
| ⑨ | <input type="checkbox"/> 紛失時確認書類 <input type="checkbox"/> 受理番号 <input type="checkbox"/> 理由書 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                   |                    |

## 妊婦面談アンケート

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 川口市にお住まいの期間はどれくらいですか？<br>□ 1年未満      □ 1年以上      □ 2～4年程度      □ 5年以上                                                                       |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 今回の妊娠について伺います。<br>□ 自然に妊娠した      □ 不妊治療して妊娠した                                                                                               |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 現在のあなた（妊婦さん）の体調はいかがですか？（複数回答可）<br>□ 良好      □ 疲れやすい      □ よく眠れない      □ イライラする      □ つわりがある<br>□ その他（ ）                                   |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 今回の妊娠がわかったときのお気持ちはいかがでしたか？（複数回答可）<br>□ 嬉しかった      □ 楽しみ      □ 戸惑った      □ 不安      □ 困った      □ 特に何とも思わない<br>□ その他（ ）                       |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 今回の妊娠を夫（パートナー）や周囲の人はどう感じていますか？（複数回答可）<br>□ 嬉しかった      □ 楽しみ      □ 戸惑った      □ 不安      □ 困った      □ 特に何とも思わない<br>□ その他（ ）                   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 今までに下記疾患の治療をしたことはありますか？（複数回答可）<br>□ なし      □ ある      ⇒      □ 高血圧      □ 慢性腎炎      □ 糖尿病      □ 肝炎      □ 心臓病<br>□ 甲状腺の病気      □ その他（病名： ） |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 現在、内服している薬はありますか？<br>□ なし      □ ある      ⇒      病名又は症状：      薬：                                                                             |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 今までに精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科などに相談したことがありますか？<br>□ なし      □ ある      ⇒      いつ頃：      相談内容：                                                    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 現在、タバコは吸いますか？<br>□ 吸わない      □ 妊娠がわかってやめた      □ 吸う（      本／日）                                                                              |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 現在、アルコールは飲みますか？<br>□ 飲まない      □ 妊娠がわかってやめた      □ 飲む（      杯      ml      回／週）                                                             |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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）<br>□ なし      □ ある      ⇒      □ 妊娠・出産のこと      □ 家族のこと      □ 仕事のこと      □ 経済的なこと<br>□ その他（ ）              |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 悩み、困ったことなど相談できる人がいますか？（複数回答可）<br>□ 夫（パートナー）      □ 実父母      □ 義理父母      □ 兄弟姉妹      □ 友人<br>□ その他（ ）      □ 相談できる人がいない                      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 産後、育児や家事を手伝ってくれる人はいますか？（複数回答可）<br>□ 夫（パートナー）      □ 実父母      □ 義理父母      □ 兄弟姉妹      □ 友人<br>□ その他（ ）      □ お願いできる人がいない                    |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 現在、不安や疑問に思っていることがあればご記入ください。                                                                                                                |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 第2連絡先をご記入ください。（ご本人様と連絡がとれない場合に電話することがあります）<br>電話番号：      —      —      続柄：                                                                  |
| <p><b>個人情報の取り扱いについて</b></p> <p>当センターは「個人情報保護に関する法律」「川口市個人情報保護条例」に基づき、皆様の個人情報に関する取り扱いについて以下のとおりといたします。取得した個人情報は、原則として健康管理の目的以外には使用いたしません。また、市民の健康保持や増進を目的に、結果をデータ化した上で、集計・分析、報告をしております。以上の利用目的につきまして、不明な点がある場合には、川口市保健所地域保健センターへお問い合わせください。</p> <p>必要に応じて関係機関等に妊娠状況などの確認を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日      署名</p> |                                                                                                                                             |
| <p>保健師記入欄</p>  <p style="text-align: right; font-size: small;">川口市マスコット「きゅぼらん」</p>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |