

妊婦健康診査等受診券交付・ 母子健康手帳再交付 申請書			受付日	年	月	日
			転入日	年	月	日
ふりがな		生年月日	年	年齢	職	業
母親氏名 (妊婦)		年 月 日	満	歳		
ふりがな		生年月日	年	年齢	職	業
父親氏名		年 月 日	満	歳		
住民票 所在地 (居住地)	前住所：(市町村名)					
	現住所：東大阪市 電話 ()					
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入による、妊婦健康診査受診券等の差し替え交付 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳紛失・破損、妊婦健康診査受診券等を紛失した為の再交付 <input type="checkbox"/> 多胎妊娠中の方への追加交付受診券の紛失、破損のための再交付 <input type="checkbox"/> その他 ()					
妊娠中の方	現在の妊娠週数	妊娠 回目	母子健康手帳交付日			
	満 週	(今までの出産 回)	年	月	日	
	分娩予定日	出産予定の医療機関・助産所				
今後の支援のため世帯状況の確認や医療機関等に連絡をする場合がありますので、 ご了承ください。 <input type="checkbox"/> 了承しました						
他自治体で、妊婦支援給付金(1回目)の支給を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 受けています ・ <input type="checkbox"/> 受けていません						
(◎受けていない場合) 医療機関で胎児心拍を確認されましたか。 <input type="checkbox"/> はい 医療機関・助産所の名称 () ・ <input type="checkbox"/> いいえ →はいの場合、胎児心拍確認日： 年 月 日						
(◎受けていない場合) 東大阪市にて妊婦支援給付金(1回目)の支給を希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望します ・ <input type="checkbox"/> 希望しません						
出産後の方	子どもの氏名		子どもの生年月日			
			年	月	日	生まれ
(宛先) 東大阪市長 上記のとおり申請し、交付を希望します 年 月 日 申請者氏名 妊婦・産婦との続柄 (本人 ・)						

東大阪市記入欄

妊婦健康診査受診券	前住所での使用枚数 () 枚		東大阪市発行枚数 () 枚			
産婦健康診査受診券	前住所での使用枚数 1・2 枚		東大阪市発行枚数 1・2 枚			
乳児一般健康診査受診券	<input type="checkbox"/> 交付済み	新生児聴覚検査受検票	<input type="checkbox"/> 交付済み			
多胎券交付チェック欄	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠中の方への追加交付受診券 合計 枚 (妊婦健診 枚、新生児聴覚、乳児一般) 交付済み					
妊婦支援給付金	<input type="checkbox"/> 妊婦支援給付金の案内交付済み		<input type="checkbox"/> 妊婦支援未案内者用チラシ交付済み			

* 転入妊婦の方へ * 現在のご様子について裏面のアンケートにご記入下さい。 2026.4

転入された妊婦のかたへ
 このアンケートは、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。
 秘密は堅く守りますので、ご協力下さい。当てはまるものを○で囲み、()内にご記入ください。
 ※保健センターでは、妊娠中から保健師等が電話、面接、家庭訪問で相談を受けています。気軽にご相談ください。

1. 今回の妊娠は順調ですか	はい	・	いいえ	
2. 今回、予定した妊娠でしたか	はい	・	いいえ	
3. 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"/> とまどいがある ・ <input type="checkbox"/> 困っている <input type="checkbox"/> その他()			
4. 現在、気分が沈んだり、不安な気持ちはありますか	いいえ	・	はい	
	<input type="checkbox"/> つわりが辛い ・ <input type="checkbox"/> なんとなく不安 ・ <input type="checkbox"/> 気分が落ち着かない <input type="checkbox"/> 気分が沈む ・ <input type="checkbox"/> 心がふさぐ ・ <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> その他()			
5. 現在、アルコールは飲みますか	飲まない	・	やめた ・ 時々飲む ・ よく飲む	
6. 現在、たばこは吸いますか	吸わない	・	妊娠前に禁煙 ・ 妊娠後に禁煙 ・ 現在喫煙中 (本/日)	
周りに吸う人はいますか	いいえ	・	はい [配偶者 ・ 家族 ・ その他()]	
7. 現在、歯と口の健康のことで困ったことはありますか	いいえ	・	はい	
8. 今までに大きな病気にかかったことがありますか	いいえ	・	はい(病名) ⇒治療中・治療終了	
9. 過去や現在に、こころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか	いいえ	・	過去に相談したことがある ・ 現在相談している 内服なし ・ ▼ 内服中	
10. 次の制度利用をしていますか	いいえ	・	はい	
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育) ・ <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 ・ <input type="checkbox"/> 就労支援			
11. 妊娠・出産のことで相談や協力してくれる人がいますか	はい	(夫 ・ 実家の母 ・ その他)	・	いいえ
12. あなた自身は、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか	ある	・	なんとなくある ・ あまりない ・ ない	
13. 何かご相談したいことはありますか	いいえ	・	はい	
	◎はいの内容	<input type="checkbox"/> 育児の協力者 ・ <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)のこと ・ <input type="checkbox"/> 上の子のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと ・ <input type="checkbox"/> 薬物 ・ <input type="checkbox"/> 暴力 ・ <input type="checkbox"/> 経済(生活苦 ・ 借金 ・ 出産費用 ・ 将来の教育資金) ・ <input type="checkbox"/> その他()		
14. 妊娠2回目以降の方のみお伺いします これまでの妊娠・出産は順調でしたか	はい	・	いいえ	
	◎いいえの理由	<input type="checkbox"/> 流産 ・ <input type="checkbox"/> 死産 ・ <input type="checkbox"/> 低出生体重児 ・ <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 高血圧 ・ <input type="checkbox"/> たんぱく尿 ・ <input type="checkbox"/> その他()		