

行田市妊婦健康診査助成券交付・再交付申請書

申請日 年 月 日

行田市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

下記の理由により、妊婦健康診査助成券の交付・再交付を受けたいので申請します。

フリガナ		申請理由 (該当番号を○で 囲んでください)	1 転入（前住所で交付された助成券を提出してください）	
妊婦氏名			2 汚損等（汚損した助成券を提出してください）	
生年月日	年 月 日生 ( 歳)		3 紛失（盗難・火災に限る）	
前住所		転入日	年 月 日	
現住所	行田市	妊娠週数	第 週	
電話番号		出産予定日	年 月 日	
			受付者	

- ・ 申請者が妊婦以外の場合は、身分証明書をご持参ください。
- ・ 交付する助成券の項目にチェック(レ)を入れてください。

健診回数	使用時期(目安)		色	チェック
HIV 抗体検査	妊娠3か月	8～11週	1回/4週	桃 ( )
子宮頸がん検診 <sup>けい</sup>				桃 ( )
1回				桃 ( )
2回				白 ( )
3回	妊娠4か月	12～15	青 ( )	
4回	妊娠5か月	16～19	白 ( )	
5回	妊娠6か月	20～23	1回/2週	白 ( )
6回	妊娠7か月	24～25		青 ( )
7回		26～27		白 ( )
8回	妊娠8か月	28～29		青 ( )
9回		30～31	白 ( )	
10回	妊娠9か月	32～33	1回/週	白 ( )
11回		34～35		白 ( )
12回	妊娠10か月	36		白 ( )
13回		37		青 ( )
14回		38	白 ( )	
		39	白 ( )	
HTLV-1抗体検査	妊娠30週までが望ましい		黄	( )
性器クラミジア検査	妊娠30週頃までに実施		黄	( )

〈裏面あり〉

お名前											夫(パートナー)のお名前	
生年月日	昭・平	年	月	日	( )	歳)	ご職業					
出産予定日	令和	年	月	日	(妊娠	週)	妊娠回数	回目	出産回数	回		
連絡先	-											

妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために、アンケートのご協力をお願いします。  
 ※アンケートの内容は、個人情報として保護しますので安心してご記入ください。

※市記入欄	交付番号:第	号	助成券交換日:
-------	--------	---	---------

- ① あなたの体調はいかがですか。
  - ・よい ・ふつう ・よくない ・疲れやすい ・眠れない
  - ・その他( )
- ② 妊娠されてのお気持ちはいかがですか。
  - ・嬉しい ・予想外で驚いたが嬉しかった ・予想外で驚き戸惑った
  - ・困った ・嬉しくない ・ホッとした ・その他( )
- ③ 今回の妊娠について。
  - ・自然に妊娠した ・治療して妊娠した( タイミング療法 ・ 薬物療法 ・ 人工授精 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 )
- ④ 県外医療機関で妊婦健診を受ける予定はありますか。
  - ・あり(医療機関名 ) ・なし
- ⑤ 出産を予定している施設はどこですか。
  - ・現在受診医療機関( )
  - ・里帰り( ) ・まったく決まっていない
- ⑥ 出産するまでに市外へ転出する予定はありますか。
  - ・はい(時期: 転出先: ) ・いいえ
- ⑦ 産後生活する場所はどこですか。
  - ・自宅 ・実家(母方 市 ・父方 市) ・その他( )
- ⑧ 出産や育児のことを相談できる人や協力してくれる人はいますか。
  - ・はい( ) ・いいえ
- ⑨ 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか。
  - ・はい( ) ・いいえ
- ⑩ 現在、服薬をしていますか
  - ・はい( ) ・いいえ
- ⑪ 今までの妊娠・出産において特別な問題がありましたか。
  - ・はい( ) ・いいえ
- ⑫ 今までに心理的、または精神的な問題で、カウンセラーや精神科医、心療内科医に相談したことがありますか。
  - ・はい( ) ・いいえ
- ⑬ お酒、たばこ、その他、常用している嗜好品がありますか。
  - ・はい(お酒 ・ たばこ ・ サプリメント ・ その他 ) ・いいえ
- ⑭ あなた自身は子どもの頃から愛情を受けて育った実感がありますか。
  - ・はい ・どちらともいえない ・いいえ
- ⑮ どの健康保険に加入していますか。
  - ・国保 ・社保 ・共済 ・その他( )
- ⑯ 生活する上で、経済的な心配がありますか。
  - ・はい( ) ・いいえ
- ⑰ 妊娠、出産、育児、その他ご家族について、心配なことがありますか
  - ( )

受付者:
------

