

妊婦健康診査助成券交換届出書

転入者

R4年4月

※太枠を記入してください。

こども支援課

保健センター

令和 年 月 日

新座市に住民票のある方のみ助成券を交換しています。新座市に住民登録はありますか？ はい ・ いいえ

※住民基本台帳で、住民登録の有無を確認させていただきます。(転入日： 令和 年 月 日)

| | | | | |
|-----------------|---|------------------|-------------------|--------------------------------|
| ふりがな | 生年月日 (年齢) | S・H 年 月 日生 (歳) | 職業 | 国籍 *外国人のみ ご記入ください |
| 妊婦氏名 | 電話番号 | 自宅 () 携帯 () | | |
| マイナンバー 個人番号 | | | | |
| 連絡可能な日時 | ※御希望に沿えないこともあります。 【 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 】 【①9時～12時 ②13時～15時 ③15時～17時】 | | | |
| ふりがな | 生年月日 (年齢) | S・H 年 月 日生 (歳) | 職業 | ① 既婚 ② 未婚 ②の方は入籍予定 あり・なし |
| 夫氏名 (パートナー) | 電話番号 | 携帯 () | | |
| 住 所 | 〒 新座市 丁目 番 号 (アパート・マンション名) | | | |
| 今かかっている 病院 | 病院名： | 所在地： | 都道府県 | 市区町村 |
| 里帰り出産予定 | 未定 ・ する ・ しない | | | |
| 出産予定 病院 | ※今かかっている病院と出産病院が違う方のみご記入ください。 病院名： 所在地： 都道府県 市区町村 | | | |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 | 妊娠週数 | 第 週 | 単胎 ・ 多胎 (胎) |
| 妊娠回数 | () 回目 | 出産経験 | なし ・ あり () 回 | 第1子を出産した時の年齢 () 歳 |
| 前住所 (市町村名) | 都道府県 市区町村 | 前回健診日 | 令和 年 月 日 | 次回健診日 |
| アンケート | 家庭内で喫煙する方はいますか？ | 1 いいえ | 2 はい (本人 ・ 夫 ・) | |
| 助成券種類 (職員記入) | 子宮頸がん ・ HIV ・ HTLV-1 ・ クラミジア ・ 新生児聴覚検査(前住地あり・なし) ① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦ ・ ⑧ ・ ⑨ ・ ⑩ ・ ⑪ ・ ⑫ ・ ⑬ ・ ⑭ | | | |

【本日の体温 度】

新型コロナウイルス感染が確認されていて外出自粛期間及び健康観察期間ですか？ (はい ・ いいえ)
過去14日以内に、政府から入国制限、入国後の健康観察期間を必要とされている国・地域等への渡航、並びに当該在住者と濃厚接触がありましたか。 (はい ・ いいえ)
PCR検査又は抗原検査を受けて結果待ちですか。 (はい ・ いいえ)
本日を合わせて数日以内に発熱はありましたか。 (はい ・ いいえ)
咳、鼻水、鼻づまり、のどの痛み、頭痛、筋肉痛、呼吸苦、倦怠感、嗅覚異常、味覚異常等ありますか。 (はい ・ いいえ)
同居している方に発熱や風邪症状等、体調不良がありますか。 (はい ・ いいえ)
同居している方に新型コロナウイルス感染症の疑いがある、または、濃厚接触者と言われている方はいますか。 (はい ・ いいえ)

※裏面アンケートもご記入ください。※妊婦以外の方が妊娠届出・郵送の場合は 後日、母子保健コーディネーターからお電話させていただきます。

