

別冊交付申請書（転入者用）

多胎の場合記入

母子健康手帳交付NO. _____ - 1
 NO. _____ - 2
 NO. _____ - 3

ふりがな		生年月日	年齢	職業（仕事内容）
妊婦氏名	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚（入籍予定 あり・なし） (〒 _____) 久喜市	昭和 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 続ける予定 <input type="checkbox"/> 辞める予定
居住地		連絡先 ① _____ (本人) ② _____ (続柄: _____) ③ _____ (続柄: _____)		
ふりがな		生年月日	年齢	職業（仕事内容）
夫氏名 (パートナー) ※別居の場合の 居住地	(〒 _____)	昭和 平成 年 月 日		
久喜市外への転出予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(年 月頃)	国籍 外国語版母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 他(_____) (_____) 語版	
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	満 週 (_____ か月)	
妊娠の状態	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 (_____ 胎)	出産回数	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産 (これまでの出産は _____ 回)	
妊娠の診断・指導を受けた医療機関等の名称 (医療機関名および医師名、助産師名)			初診年月日 年 月 日	
妊婦健診受診予定医療機関名 ※診断と別の場合のみ記入				
里帰り出産の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(医療機関名: _____) (_____ 都道府県 _____ 市区町村)		
性病に関する 健康診断		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> これから受ける予定		
結核に関する 健康診断		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない		
必要に応じて市が関係機関等と情報共有することに同意の上、届け出ます。 令和 年 月 日				
久喜市長あて		届出人氏名		妊婦との関係 (本人・ _____)

※※裏面にアンケートがありますのでご記入をお願い致します※※

<職員処理欄>
 ※未使用回数分の受診票を預かり、差し替えの受診票を渡す。使用済みは斜線をひき、渡した分に○をつける

HIV・子宮・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・HTLV・クラ・聴・産婦・1M			
<input type="checkbox"/> 窓口に来られた方の本人確認 (<input type="checkbox"/> 代理人確認)	<input type="checkbox"/> 妊婦本人の住基確認	入力確認	<input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> 管理台帳
<input type="checkbox"/> 年度内の市の子宮頸がん検診受診確認			
受付者名		乗車証交付	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (理由: 出産予定日未定のため・ _____)

課長	主幹	課長補佐	係長	担当主査	母子G