

妊産婦乳児健康診査受診票交付申請書

年 月 日

豊後大野市長 様

申請者 住 所 豊後大野市

氏 名

電話番号

【申請者記入欄】

ふりがな 妊産婦氏名	-----	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	豊後大野市		
出産予定日	年 月 日	初産 ・ 経産 (第 子)	
ふりがな 乳児氏名	-----	生年月日	年 月 日 (か月)

次のことについてお尋ねします。該当するものに○をつけてください。

問1 豊後大野市に住んでいたことはありますか？

- 1 今回初めて豊後大野市に住む
- 2 以前住んでいたことがあり、だいたいのことはわかる
- 3 以前住んでいたことはあるが、ほとんど何もわからない

問2 妊娠・出産・育児について、分からないことや心配なことがありましたらお書きください。

○ 妊産婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、この申請書から市役所の保健師などが連絡・訪問させていただくことがありますので、御了承ください。

また、出産後には「赤ちゃん訪問」を実施しています。赤ちゃんに関することはもちろん、お母さんの健康についての相談も受けていますのでお気軽に御相談ください。

なお、プライバシーには留意します。

【豊後大野市記入欄】

(受付者)

交 付 番 号	妊婦一般健康診査受診票 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14 A・B・C	※交付した 受診票に○
	妊婦超音波検査受診票 妊娠初期～23週① ・ 妊娠初期～23週② 24週～35週 ・ 36週以降	
	新生児聴覚検査受診票	
	産婦健康診査受診票 産後2週間 ・ 産後1か月	
	乳児一般健康診査受診票 3～6か月 ・ 9～11か月	