

妊婦・乳児健診受診券等申請書兼発行簿

多賀城市長 殿

交付番号	妊婦・乳児	転・再
	担当者	
交付券	妊婦健診受診票(助成券): 妊娠( )週目分から( )枚交付	
	2か月	8~9か月
	母子健康手帳	出生連絡票
	3~4か月児健診問診票	
	その他	

太枠内をご記入下さい。

個人情報事は事後指導、または個人を特定できない形の統計情報として使用されることがありますが、目的以外に使用されることはありません。

お書き下さい。  
妊娠中の方はお母さんのお名前を、  
出生後に転入の方はお子さんのお名前を

申請及び交付年月日	平成 年 月 日				
申請者氏名(窓口で申請される方)	対象者との続柄		本人・母・父・夫・その他		
(対象者氏名)ふりがな	転入前	都道府県	市区町村		
対象者氏名(受診券を使用する方)					
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳	か月	
住所(アパート・マンション名)	多賀城市				
電話番号	固定電話( )		携帯電話( )		
	妊婦の方で携帯電話をお持ちの方はご自分の番号をお願いします。				
家族構成	合計	父( 歳)	母(妊婦の方)( 歳)		
		子( 歳)	子( 歳)	子( 歳)	子( 歳) ( 歳)
	人	その他の家族		祖父( 歳)	祖母( 歳)

問い合わせ先  
多賀城市役所健康課 親子保健係  
022-368-1141  
内線135,136

空欄に記入して下さい。  
父・母・子・祖父母以外の家族が  
いらっしゃる場合は、

お子さんは下に、 妊婦の方は裏面にお進み下さい。



妊婦の方は裏面へ

出生後に転入されたお子さん			
出生後に受けたものを付けて下さい。	1か月健診	新生児訪問	2か月健診
	3~4か月健診	離乳食講習会	
	その他		
健診等で精密検査などを勧められたことはありますか。	あり・なし		
	ありの場合		
何か心配なことはありますか？(どんなことでもかまいませんので、お書き下さい。)			あり・なし

妊婦の方はこちらをお書き下さい。

本日の妊娠週数	週 日		出産予定日	平成 年 月 日	
妊婦健診の初診日 (妊娠を診断された日)	初診	平成 年 月 日	転入前に妊婦健診 受診券を使用しましたか？	はい・いいえ	初回のみ・2回目以降も使った
妊婦健診を何回受診しましたか？	初診を含めて 回受診			はいの場合	
健診を受けている施設名			分娩する施設名		
里帰り分娩予定	あり( 年 月ころまで) ・なし		何か心配なことはありますか？(どんなことでもかまいませんので、お書き下さい。)	あり・なし	
里帰り先	都道府県	市区町村			