

妊 娠 届 出 書 (大和郡山市に住所のある人が対象です)

大和郡山市長 様 令和 年 月 日

下記のとおり届け出ます。
※太枠内をご記入ください。大和郡山市から様子をお伺いする場合がありますので、ご理解の程よろしくお願
いします。この妊娠届出書は保健センターで保管し、母子の健康管理の目的以外には使用しません。

ふりがな	生年月日		年齢	職業
妊婦氏名	S H	年 月 日	歳	なし あり(職種)
ふりがな	生年月日		年齢	職業
夫氏名 (パートナー)	S H	年 月 日	歳	なし あり(職種)
(同居：有・無)(入籍：有・無・予定)				
住所	大和郡山市			
妊婦連絡先	【携帯】	【緊急連絡先】		(続柄)
妊娠回数	回目 (中絶 回、流産 回、出産 回)	不妊治療の有無	なし・あり(年 か月)	
妊娠週数	週目(か月)	分娩予定日	年 月 日	
妊娠の診断を受けた医療機関等の名称	(県内 ・ 県外)			
今後、健診を受ける医療機関の名称	(県内 ・ 県外)			
出産予定の医療機関等の名称	(県内 ・ 県外)			
今回の妊娠前1年以内の健康診断	性病に関する健診	受けた ・ 受けていない		
	結核に関する健診	受けた ・ 受けていない		
双子以上の可能性がある」と医師より言われていますか	なし ・ あり(双子・ 子)			
①タバコは吸いますか。	1. 前から吸わない 2. 妊娠前に禁煙した(年前、 か月前) 3. 妊娠してやめた (か月前、 日前) 4. はい(1日 本)⇒禁煙しようと思いませんか(はい・いいえ)			
②同居家族でタバコを吸う人はいますか。	1. いない 2. いる(誰が：)			
③お酒は飲みますか	1. 前から飲まない 2. やめた 3. 現在も飲んでいる			
④今までにかかった病気はありますか。	1. ない 2. ある⇒心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎(型) 膠原病・子宮疾患・卵巣疾患・甲状腺疾患 心の病気()その他() ⇒それはいつごろですか。(歳ごろ) 【現在治療中 ・ 治療済み】			
⑤妊娠されてのお気持ちはいかがですか。	1. とてもうれしかった 2. うれしかった 3. とまどいがある 4. なんととも思わない 5. 困った			
⑥現在困っていることなどはありますか。	1. ない 2. ある⇒(1)妊娠・出産について (2)経済的なこと (3)自分の身体のこと() (4)夫婦(パートナー)との関係のこと(きつい言葉や暴力等) (5)家族関係のこと(6)上のこどものこと (7)その他()			
⑦妊娠、お産のことで協力してくれる人がいますか。	1. いる→夫・パートナー・自分の父母・義理の父母・兄弟姉妹・その他() 2. いない			
⑧困ったときに相談できる人がいますか。	1. いる→夫・パートナー・自分の父母・義理の父母・兄弟姉妹・その他() 2. いない			
⑨今までの妊娠で、妊娠高血圧症候群といわれたことはありますか。	1. ない 2. ある ※今後の妊婦健診で血圧に注意してください。			

大和郡山市妊婦健康診査等補助券・受診券綴りを受けとり、枚数等確認し説明を受けました。
また、母子保健法に基づき、個人番号を確認することに同意します。

届出人氏名 妊婦との関係：□本人 □夫 □父母 □その他()

職員記入欄

母子手帳番号	妊婦健診綴番号	来所者(同伴者)	多胎追加	妊婦支援給付	RS 接種券	個人番号
		本人・夫・その他 ()	無・有→追加補助 券綴番号記入	受理 ・ 未	済 ・ 未	

校区

郡北

郡西

郡南

片桐

片西

昭和

筒井

矢田

矢南

平和

治道

受付場所

保セ

受付者

大和郡山市妊産婦健康診査補助券について

1. この補助券・受診券は妊産婦健康診査費用の補助を行うものです。補助券・受診券の金額を上限として、医療機関、助産所の窓口で健診費用の補助を受けることができます。本人以外は使用できません。
2. この補助券は、交付を受けて最初の診察を受けるときから使用できます。入院してからは使用できません。
3. この補助券は、妊娠の有無についての診察、及び、保険対象となる診療については使用できません。
4. 妊婦健診 1 回につき、オレンジ色の基本券は 1 枚のみ、白色の追加券は必要な枚数を使用できます。
産婦健診 1 回につき、水色の受診券は 1 枚のみ使用できます。
5. 妊産婦健康診査補助券綴りの交付枚数は下記のとおりです。

妊婦健診	基本券 ＜1 回の健診に 1 枚使用＞	追加券 ＜基本券とあわせて使用＞	1 枚あたりの上限額
	オレンジ色 1～14 回（14 枚）	白 色 30 枚	2,500 円
産婦健診	受診券 ＜1 回の健診に 1 枚使用＞		1 枚あたりの上限額
	水色 1～2 回（2 枚）		5,000 円

大和郡山市新生児聴覚検査受診券について

1. この受診券は、初めて受ける新生児聴覚検査（自動 ABR・OAE のいずれか）の際に利用して下さい。
2. この受診券で自動 ABR の場合は 4000 円、OAE の場合は 1500 円を上限として補助を受けることができます。検査費用がこれよりも高くなる場合は、その差額を医療機関等に支払う必要があります。
3. 検査の結果、再検査(確認検査)や精密検査が必要になった場合の費用は、自己負担となります。
4. 検査結果は、早期に必要な対応・相談につながるよう検査を受けた医療機関等から居住地の市町村へ報告があり、また担当課からご連絡させていただくことがあります。

大和郡山市 1 か月児健康診査受診券について

1. この受診券は、1 か月児健康診査の検査の際に利用して下さい。
2. この受診券で 6,000 円を上限として補助を受けることができます。検査費用がこれよりも高くなる場合は、その差額を医療機関等に支払う必要があります。
3. 検査の結果、要検査・医療となった場合の費用は、自己負担となります。
4. 検査結果は、早期に必要な対応・相談につながるよう健診を受けた医療機関から居住地の市町村へ報告があり、また担当課からご連絡させていただくことがあります。

＜重要＞

- ・ 補助券および受診券で健診等を受けることができるのは、奈良県内の医療機関・助産所のみです。県外の医療機関で受けられる場合は、裏表紙にある＜県外の医療機関等で受診される方へ＞をご覧ください。
- ・ 大和郡山市から転出された場合、大和郡山市の補助券・受診券は使用できません。転出後の健診等については転出先の市町村担当課へお問い合わせください。
- ・ 健診および検査に要した費用が補助券・受診券の上限額より低い場合でも、おつりは出ません。補助券・受診券が余っても換金・返金はできません。補助券・受診券をコピーしての使用もできません。なお、不足があっても、お渡しした交付枚数以上の追加はありません。

※RS ウイルスワクチン・妊婦歯科健診については別紙案内をご覧ください。