

たまご面接申請書

|  |                              |                                  |   |  |      |   |     |             |   |   |   |
|--|------------------------------|----------------------------------|---|--|------|---|-----|-------------|---|---|---|
| ふりがな<br>妊婦氏名   |                              |                                  |   | 住所   | 西東京市 |   | 職業： |             |   |   |   |
|  | 生年月日                         | 年                                | 月 | 日生（ ）歳   | 電話番号 |   |     |             |   |   |   |
| ふりがな<br>子の父<br><br>(パートナー)   |                              |                                  |   | 住所   | □ 同上 |   | 職業： |             |   |   |   |
|  | 生年月日                         | 年                                | 月 | 日生（ ）歳   | 電話番号 |   |     |             |   |   |   |
| 妊娠週数   |                              | 週                                |   | 出産<br>予定日  | 年    | 月 | 日   | 胎児心拍<br>確認日 | 年 | 月 | 日 |
| 妊娠・出産歴   |                              | 今回の妊娠は（ ）回目　　今までの出産は（ ）回         |   |  |      |   |     |             |   |   |   |
| 母子健康手帳交付場所   |                              | 1.西東京市（母子手帳交付NO： ）　　2.他市（自治体名： ） |   |  |      |   |     |             |   |   |   |
| 1  | 妊娠がわかったときの気持ちはいかがでしたか（いくつでも） |                                  |   | 1.とても嬉しかった　2.予想外で驚いたが嬉しかった　3.予想外でとまどった<br>4.何とも思わなかった　5.困った　6.その他（ ） |      |   |     |             |   |   |   |
| 2  | 現在の体調はいかがですか                 |                                  |   | 1.よい　2.よくない⇒つわり　・ 疲れやすい　・ 眠れない　・ イライラする　・ 不安<br>その他（ ）               |      |   |     |             |   |   |   |
| 3  | 今まで治療したことがある病気について           |                                  |   | 1.なし　2.糖尿病　3.高血圧　4.腎臓病　5.心臓病　6.婦人科疾患　7.こころの病気<br>8.甲状腺機能疾患　9.その他（ ）  |      |   |     |             |   |   |   |
| 4  | 現在治療している病気について               |                                  |   | 1.なし　2.糖尿病　3.高血圧　4.腎臓病　5.心臓病　6.婦人科疾患　7.こころの病気<br>8.甲状腺機能疾患　9.その他（ ）  |      |   |     |             |   |   |   |
| 5  | タバコを吸いますか                    |                                  |   | 1.吸わない　2.やめた　3.吸う　1日（ ）本×（ ）年　4.家族が吸う                                |      |   |     |             |   |   |   |
| 6  | お酒を飲みますか                     |                                  |   | 1.飲まない　2.やめた　3.飲む（ ）回／週・月  |      |   |     |             |   |   |   |
| 7  | 里帰りの予定はありますか                 |                                  |   | 1.なし　2.あり（里帰り場所： 市町村 ）3.未定   |      |   |     |             |   |   |   |
| 8  | 出産する病院は決まっていますか              |                                  |   | 1.はい（医療機関・施設名 ）　2.いいえ  |      |   |     |             |   |   |   |
| 9  | 妊娠・出産について相談できる人はいますか         |                                  |   | 1.パートナー　2.自分の父母　3.パ-ナ-父母　4.兄弟・姉妹　5.友人　6.親戚　7.いない　8.その他（ ）            |      |   |     |             |   |   |   |
| 10   | 出産後、育児や家事を手伝ってもらえる人はいますか     |                                  |   | 1.パートナー　2.自分の父母　3.パ-ナ-父母　4.兄弟・姉妹　5.友人　6.親戚　7.いない                     |      |   |     |             |   |   |   |
| 11   | 妊婦健診・出産費用について困っていることはありますか   |                                  |   | 1.いいえ　2.はい【 <div>具体的な内容</div> 】                                      |      |   |     |             |   |   |   |
| 12   | 妊娠・出産・育児について心配なことはありますか      |                                  |   | 1.なし　2.あり【 <div>具体的な内容</div> 】                                       |      |   |     |             |   |   |   |
| 【確認事項】   |                              |                                  |   |  |      |   |     |             |   |   |   |
| <div><div><input type="checkbox"/></div>西東京市では、皆さまが安心して出産・育児を迎えられるよう、妊娠期から支援しております。そのため、本届出内容について関係各課と情報を共有することがあります。また保健師や関係各課よりご連絡をさせていただく場合があります。</div> <div><input type="checkbox"/></div> 医療機関における胎児心拍の確認をもって、子ども・子育て支援法第10条の9第1項に基づく妊婦給付認定の説明を受けました。 |                              |                                  |   |  |      |   |     |             |   |   |   |
| 上記の確認事項について同意し、届出します。  |                              |                                  |   |  |      |   |     |             |   |   |   |
| 届出日 年 月 日  |                              |                                  |   |  |      |   |     |             |   |   |   |
| 西東京市長 あて 届出者（妊婦）氏名   |                              |                                  |   |  |      |   |     |             |   |   |   |

[illegible]

|  |  |                |
|--|--|----------------|
| 住民票  | <input type="checkbox"/> 当市にあり ( <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 市民課確認(届出当日転入) ) <input type="checkbox"/> 他自治体( <div>市区町村</div> |                |
| <div>たまご面接 <input type="checkbox"/> 済</div> <div>管理番号</div> <div><input type="checkbox"/> 後日郵送</div> | <div>たまご面接 <input type="checkbox"/> 未</div> <div> <input type="checkbox"/> 面接は後日希望<br/> <input type="checkbox"/> 面接希望なし         </div>                 | <div>収受印</div> |
| 産後交付   |  | <div>受付者</div> |