

妊娠を確認した 医療機関名		妊娠歴	(今回の妊娠を含めて) 回
赤ちゃんの心拍確認	有 ・ 無	出産歴	回
心拍を確認した日	令和 年 月 日 (妊娠 週)	出産予定日	令和 年 月 日

妊婦本人	ふりがな 氏名		生年月日	S・H 年 月 日 歳
			電話番号	
	住所	富士吉田市		
	勤務先: 会社員・公務員・自営業・パート/アルバイト・その他()	加入している保険 国保・社保・共済・その他		
夫 または パートナー	ふりがな 氏名		生年月日	S・H 年 月 日 歳
			電話番号	
	住所	(妊婦と異なる場合記入)		
	勤務先: 会社員・公務員・自営業・パート/アルバイト・その他()	加入している保険 国保・社保・共済・その他		

令和 7 年度 富士吉田市 母子手帳交付日【要予約】

【場所】子育て支援センター 1 階:こども家庭センター窓口

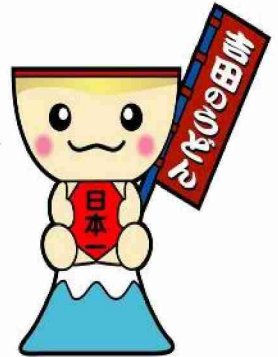
【時間】午前 9 時～11 時、午後 13 時～16 時 ※水曜日のみ 18 時まで

【持ち物】①妊娠届出書(この書類)

②本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)

③振込口座の通帳・キャッシュカード(妊婦さん名義のもの)

※給付金(5 万円)の申請に必要です、当日なければ、後日郵送での申請も可能です

申し込みはこちらの
QR コードから!!

※1 時間ほど手続きにお時間をいただきます、時間に余裕をもってお越しください

※インターネットでの予約は前営業日の正午までです

4 APRIL 2025	5 MAY 2025	6 JUNE 2025	7 JULY 2025	8 AUGUST 2025
日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土
1 2 3 4 5	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5	1 2
6 7 8 9 10 11 12	4 5 6 7 8 9 10	8 9 10 11 12 13 14	6 7 8 9 10 11 12	3 4 5 6 7 8 9
13 14 15 16 17 18 19	11 12 13 14 15 16 17	15 16 17 18 19 20 21	13 14 15 16 17 18 19	10 11 12 13 14 15 16
20 21 22 23 24 25 26	18 19 20 21 22 23 24	22 23 24 25 26 27 28	20 21 22 23 24 25 26	17 18 19 20 21 22 23
27 28 29 30	25 26 27 28 29 30 31	29 30	27 28 29 30 31	24 25 26 27 28 29 30
				31
9 SEPTEMBER 2025	10 OCTOBER 2025	11 NOVEMBER 2025	12 DECEMBER 2025	1 JANUARY 2026
日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4	1	1 2 3 4 5 6	1 2 3
7 8 9 10 11 12 13	5 6 7 8 9 10 11	2 3 4 5 6 7 8	7 8 9 10 11 12 13	4 5 6 7 8 9 10
14 15 16 17 18 19 20	12 13 14 15 16 17 18	9 10 11 12 13 14 15	14 15 16 17 18 19 20	11 12 13 14 15 16 17
21 22 23 24 25 26 27	19 20 21 22 23 24 25	16 17 18 19 20 21 22	21 22 23 24 25 26 27	18 19 20 21 22 23 24
28 29 30	26 27 28 29 30 31	23 24 25 26 27 28 29	28 29 30 31	25 26 27 28 29 30 31
		30		
2 FEBRUARY 2026	3 MARCH 2026			
日 月 火 水 木 金 土	日 月 火 水 木 金 土			
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7			
8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14			
15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21			
22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28			
	29 30 31			

カレンダーにて 〇 の部分が母子手帳交付日となります
※予約ができない方や都合がつかない方は
こちらまでお問い合わせください
☎0555-22-1632(直通)
富士吉田市役所 こども家庭センター 母子保健担当

No.

ふりがな 妊婦氏名			生年月日	S・H	年	月	日 (才)
入籍状況	☐ 済 (年 月) ☐ 予定 (年 月) ☐ なし						
現在の居住地	裏面と違う場合に記載					今後の転出予定: ☐ あり ☐ なし	
同居家族	☒ 妊婦 ☐ 夫 ☐ 義父 ☐ 義母 ☐ 実父 ☐ 実母 ☐ 子 () 人 ☐ その他 () 人						
妊婦健診を受ける医療機関	富士吉田市立病院 ・ 山梨赤十字病院 ・ その他 ()						
出産を予定している医療機関	富士吉田市立病院 ・ 山梨赤十字病院 ・ その他 () 里帰り先病院名 ()						
産後に帰るところ	☐ 自宅 ☐ 妊婦実家 ☐ それ以外 () ☐ 未定						
実家の場所	妊婦実家 () 夫 (パートナー) 実家 ()						
家族の既往歴 (実父母・兄弟)	☐ あり () ☐ なし						
今までの妊娠出産歴	*今回は () 人目の出産です 兄弟: () 歳 () 歳 () 歳						
過去の妊娠・出産経過 (妊娠経験のある方のみ)	☐ 妊娠高血圧症候群 ☐ 妊娠糖尿病 ☐ 貧血 ☐ 不妊症 ☐ 産後うつ・マタニティブルー ☐ 切迫流早産 ☐ 低出生体重児 ☐ その他 () ☐ なし						
今までにかかった病気							入院歴: ☐ あり ☐ なし
身長・体重	身長 () cm) 妊娠前体重 () kg) BMI (.)						
虫歯	☐ なし ☐ あり (治療中 ・ 治療中断 ・ 未治療) 最終受診: 年 月 頃 ☐ わからない						
タバコを吸いますか	☐ もともと吸わない ☐ 以前は吸っていたがやめた (歳 ~ 歳 まで: 1 日 本) ☐ 妊娠してから本数を減らしている (1 日 本, 妊娠前: 歳 ~ 1 日 本) ☐ 以前と変わらず吸っている (歳 ~ 1 日 本) *家族や身近な人でタバコを吸う人はいますか? ☐ いない ☐ いる (誰:)						
お酒を飲みますか	☐ もともと飲まない ☐ 以前は飲んでいたがやめた ☐ 妊娠してから量を減らして飲んでいる (週 回, 内容:) ☐ 以前と変わらず飲んでいる (週 回, 内容:)						
食事	3 食 (朝・昼・夕) をしっかり食べますか? ☐ はい ☐ いいえ						
睡眠時間	起床時間 : / 就寝時間 : よく眠れていますか? ☐ はい ☐ いいえ						
妊娠が分かった時の気持ち	☐ とてもうれしかった ☐ どちらかといううれしかった ☐ うれしさと困った気持ちが半々だった ☐ どちらかという困った						
現在の体調	☐ 良好 ☐ まあまあ良い ☐ 少し調子がわるい ☐ 大変よくない						
現在の精神面	☐ 良好 ☐ 気分が沈みがち ☐ イライラする ☐ 涙もろくなる ☐ その他 () *過去にも上記のような気分の優れない症状が 2 週間以上続いたことがありますか? ☐ はい ☐ いいえ						
産後、育児に協力してくれる人	☐ いない ☐ いる (具体的にどなたが思い浮かびますか:)						
悩みごとや心配ごとを相談できる人	☐ いない ☐ いる (具体的にどなたが思い浮かびますか:)						
何か心配なこと 相談したいことは ありますか?	☐ はい ☐ いいえ 具体的にどのようなことですか? 例) 経済面、出産前後のサポート、子育て、保育園など						

<受付記載欄>

多胎妊娠	☐ なし ☐ あり ()	受付サイン		受付日	年 月 日	地区担当保健師	
支援方針	☐ N.P ☐ 指導済み () ☐ 要継続指導 () ☐ 栄養指導					ハイリスク	点