

家族の状況申告書 児童との続柄： 父 母 祖父 祖母 その他（ ）

施設名 <input type="checkbox"/> 保育園	児童氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日生)
	児童氏名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日生)

事由	詳細	添付文書
<input checked="" type="checkbox"/> 出産	予定日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	母子手帳の写し（表紙および分娩予定日の記載があるページ）
<input type="checkbox"/> 障がい	障害者手帳 <input type="checkbox"/> 級 母子手帳をもとに記入してください。 その他状況 <input type="checkbox"/>	障害者手帳の写し（表紙および等級の記載があるページ）
<input type="checkbox"/> 病気	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日より見込み <input type="checkbox"/> か月 病名 <input type="checkbox"/> 病院名 <input type="checkbox"/>	医師の証明（※1）
<input type="checkbox"/> 看護・介護	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 週 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 時間 対象者氏名 <input type="checkbox"/> 続柄 <input type="checkbox"/>	看護：医師の証明（※1） 介護：医師又はケアマネージャーの証明（※2）
<input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 活動中 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月から開始 活動時の児童の保育状況（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 児童が保育所等入園後求職活動予定	
<input type="checkbox"/> 就学	週 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 1日 <input type="checkbox"/> 時間 学校名 <input type="checkbox"/> 入学日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 卒業日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	在学証明書等、在学していることを確認できる書類 カリキュラム等、授業時間や内容を確認できる書類
<input type="checkbox"/> 被災	居宅が火災や風水害や地震などの被害にあい、その復旧にあたっているため 罹災日 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	被災証明書の写し
<input type="checkbox"/> 3歳以上	育児休業期間中の3歳以上児特別入所に限る	育児休業期間を確認できる書類
<input type="checkbox"/> その他	具体的状況 <input type="checkbox"/>	状況を確認できる書類

※1 裏面に医師の証明を受けてください。（診断書可）

※2 裏面に医師又はケアマネージャーの証明を受けてください。（診断書不可）

母子健康手帳

Disney
baby



令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日交付 No.

保護者 ○○ ○○

子の氏名

(第 ○ 子)

の氏名 □□ □□

生年月日：令和 年 月 日 性別：

いなべ市

妊娠中の記録(1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊娠

妊娠3か月 妊娠8週～妊娠11週 (月 日～ 月 日)

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておく心安心です。

妊娠4か月 妊娠12週～妊娠15週 (月 日～ 月 日)

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう)。
※里帰り出産を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。

最終月経開始日	年 月 日
この妊娠の初診日	年 月 日
胎動を感じた日	年 月 日
分娩予定日	○○年 ○月 ○日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置も含みます)があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。