

八王子市 妊婦タクシー券配布に伴うアンケート

下記①・②の太枠内の内容についてお聞きします。

記入日：令和 年(20 年) 月 日

①ご本人について

フリガナ			生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)		
妊婦氏名						
居住地	〒 ー 八王子市			職業		
・連絡先	電話 ー ー (自宅・携帯)					
妊娠週数	満 週月 (第 月)	分娩予定年月日	年 月 日	里帰り予定	無・有	
通院中の施設名			出産予定の施設名	(都道府県名) _____		
<妊娠経過や体調等について> 1. 現在までの妊娠経過は順調ですか? はい・いいえ(理由: _____) 2. 妊婦健診を定期的に受診していますか? はい(次回健診予定: 月 日)・いいえ(理由: _____) 3. 現在妊娠以外で通院中の病気はありますか? いいえ・はい(病名・経過等: _____) 4. 妊娠・出産、生活に関して困っていることはありますか? いいえ・はい(内容: _____) 5. 上記4について相談できる人や協力してくれる人はいますか? はい → (パートナー(夫)・親・兄弟・姉妹・友人・その他 _____) いいえ 6. 上記4について保健師に相談したいことはありますか? いいえ はい → ご本人の連絡先(昼間連絡のできる番号) ー ー						

②ご家族について(下記の続柄以外の方がいる場合には追記して下さい)

	続柄	年齢	職業	健康状態
家族構成()人	夫(パートナー)			健康・否()
				健康・否()
				健康・否()
				健康・否()
				健康・否()

ご記入ありがとうございました。

続柄

タクシー券を確かに受け取りました。 受領サイン: _____ ()

ナンバー控え: _____ ~ _____

.....以下市使用欄(申請者記入不要).....

1. 【面接日】 令和 年(20 年) 月 日(担当者: _____)
 本人確認 免許証・その他()
2. 受付保健福祉センター 大横 東浅川 南大沢