

養育医療を申請される方へ（わかる範囲で下記にご記入ください。）/インテーク票

(ふりがな) 児氏名		男・女	在胎週数	週	日	出生体重	g		
生年月日	令和	年	月	日	出産予定日	令和	年	月	日
日中連絡が	自宅								
つく電話番号	携帯（父）		携帯（母）						
①妊娠中に次のようなことがありましたか。 ☐切迫流産・早産 ☐妊娠高血圧症候群（高血圧・むくみ・蛋白尿） ☐前期破水 ☐胎盤早期剥離 ☐前置胎盤 ☐多胎（双子・三つ子等） ☐貧血 ☐救急車搬送 ☐気持ちが不安定になった ☐その他（ ）									

※妊娠中健診を受けていた医療機関名

※妊娠中、母親学級は受けましたか。☐はい（医療機関・市保健センター）☐いいえ