

(改正案)

(別添)

様式第三号 (第七条関係)

市町村 (特別区) 名

母 子 健 康 手 帳

平成 年 月 日交付

保護者の氏名 : _____

: _____

子の^{ふりがな}氏名 _____ (第 子)

No. _____

この欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

子の 保 護 者	続柄	氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日(年齢)	職業
	母 (妊婦)		年 月 日生(歳)	
	父		年 月 日生(歳)	
			年 月 日生(歳)	
護 者	居住地	電話		
		電話		
		電話		

出生届出済証明

子の氏名	男・女
出生の場所	都道府県 市区町村
出生の年月日	年 月 日

上記の者については 年 月 日
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届をして、同時に
上欄に出生届出済の証明を受けてください。

このページは妊婦自身で記入してください。

妊 婦 の 健 康 状 態 等

身 長	cm	ふだんの体重	kg	結婚年齢	歳
-----	----	--------	----	------	---

次の病気にかかったことがありますか。(あるものに 印)

高血圧 慢性腎炎 糖尿病 肝炎 心臓病 甲状腺の病気
 その他重い病気(病名)

次の感染症にかかったことがありますか。

風しん(三日はしか)(はい(歳) いいえ 予防接種を受けた)

麻しん(はしか) (はい(歳) いいえ 予防接種を受けた)

水痘(水ぼうそう)(はい(歳) いいえ 予防接種を受けた)

今までに手術を受けたことがありますか。

なし あり(病名)

服用中の薬(常用薬)

()

たばこを吸いますか。 いいえ はい(1日 本)

酒類を飲みますか。 いいえ はい(1日 程度)

夫の健康状態	健康 よくない(病名)
--------	--------------

い ま ま で の 妊 娠

出産年月	妊娠・出産・産後の状態	出生児の 体重・性別	現在の子の 状 態
年 月	正常・異常(妊娠 週(第 月)頃)	男 g 女	健・否

このページは妊婦自身で記入してください。

妊婦の職業と環境

妊娠に 気付いた ときの 状況	職 業	勤め(常勤・その他)・自営業主・家族従業者・その他・なし		
	仕事の内容と 職場環境()			
	仕事をする時間	1日約()時間・()時~()時 交代制など変則的な勤務(あり・なし)		
	通勤や仕事に 利用する乗り物			
	通勤の時間	片道()分	混雑の程度	ひどい・普通
妊娠してからの変更点	仕事を休んだ 仕事を变えた 仕事をやめた その他	(妊娠 週(第 月)のとき) (妊娠 週(第 月)のとき) (妊娠 週(第 月)のとき) ()		
産前休業	月	日から	日間	
産後休業	月	日から	日間	
育児休業 (父親・母親)	月	日から	月	日まで
	月	日から	月	日まで
住居の種類	独立家屋(階建)・集合住宅(階建 階) ・エレベーター:有・無)・その他()			
騒 音	静・普通・騒	日当たり	良・普通・悪	
同居	子ども()人・夫・夫の父・夫の母・実父・実母 その他()人			

立ち作業など負担の大きい作業が多い、温湿度が厳しい、たばこの煙がひどい、振動が多い、ストレスが多い、休憩がとりにくい、時間外労働が多いなどの特記事項も記入

このページは、担当者が替わった場合でも

妊 娠 中

診 察 月 日	妊娠週数	子宮底長	腹 囲	血 圧	浮 腫	尿 蛋 白	尿 糖
		cm	cm	/	- + 卍	- + 卍	- + 卍
				/	- + 卍	- + 卍	- + 卍
				/	- + 卍	- + 卍	- + 卍
				/	- + 卍	- + 卍	- + 卍
				/	- + 卍	- + 卍	- + 卍
				/	- + 卍	- + 卍	- + 卍
				/	- + 卍	- + 卍	- + 卍

梅毒血清反応

年 月 日 実施

B型肝炎抗原検査

年 月 日 実施

妊 婦 自 身 の 記 録

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

参考になりますから、診察を受けるときはいつも持参しましょう。

の 経 過 (1)

その他特に行った検査 (含ヘモグロビン)	体 重	特記指示事項 (安静・休業、母性健康管理指導事項 連絡カードに記載された措置など)	施設名又は 担当者名
	kg		
血液型検査	年 月 日実施	A B O	Rh

赤ちゃん誕生を迎える両親の気持ちを記入しておきましょう。
また、心配なこと、相談したいことなども記入しておきましょう。

出血・破水・おなかの強い張りがあったらすぐみてもらいましょう。

このページは、担当者が替わった場合でも

妊 娠 中

診 察 月 日	妊 娠 週 数	子 宮 底 長	腹 囲	血 圧	浮 腫	尿 蛋 白	尿 糖
		cm	cm	/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #
				/	- + #	- + #	- + #

妊 婦 自 身 の 記 録

出産前後の居住地	電話
出産前後の連絡先 (知らせてほしい人)	電話
入院の方法	自家用車・タクシー・徒歩・その他 () 所要時間 (時間 分)

参考になりますから、診察を受けるときはいつも持参しましょう。

の 経 過 (2)

その他特に行った検査 (含ヘモグロビン)	体 重	特記指示事項 (安静・休業、母性健康管理指導事項 連絡カードに記載された措置など)	施設名又は 担当者名
	kg		

赤ちゃん誕生を迎える両親の気持ちを記入しておきましょう。
また、心配なこと、相談したいことなども記入しておきましょう。

出血・破水・おなかの強い張りがあったらすぐみてもらいましょう。