

母子健康手帳追加交付申請書

年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

住 所 宇都宮市

電話番号 — —

申請者名

ふりがな 母の氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
職 業		年 齡	歳
申請理由	出産予定の子（ 年 月 日）が多胎であるため（ 人） <u>妊娠週数</u> 週		
多胎であることを確認した医師、助産師氏名 または病（医）院名	医 師 _____ 助産師 _____ 病（医）院 _____		
外国語版	英・ポ・ス 中・夕・韓	他課 有案内 無	応対者

保健師による健康相談を実施しています。下記の事項についてご記入ください。

(太枠内の該当項目に記入または○印をつけてください。)

○妊娠・出産について相談したいことが ある ・ ない

あるとお答えの方、相談したい内容についてご記入ください。

[]

○お子さんの健康や育児について相談したいことが ある ・ ない

あるとお答えの方、相談したい内容についてご記入ください。

[]

○その他、相談したいことが ある ・ ない

あるとお答えの方、相談したい内容についてご記入ください。

[]

【相談事項】

【継続】

- ・ 訪問
- ・ 来所
- ・ 電話
- ・ その他

[]

【担当者】