

出生

赤ちゃん手帳交付申請書

提出、または発送した日を記載。

転入 ※生後4カ月未満

申請日 令和 年 月 日

窓口でいらした方 1 父 2 母 3 その他 ()

窓口申請の場合のみ記載。

★ この申請書は、お子様の今後の健康管理のために用いられます。母子健康手帳等を参考に太枠内を記入してください。

住所	盛岡市 内丸12-2		
父氏名	●●●●	●●●●	(27) 歳
連絡先 (自宅)	TEL 090-XXXX-XXXX <small>※固定電話がない場合、父の携帯電話をご記入ください。</small>	連絡先 (母)	TEL 080-XXXX-XXXX
父母と今回申請する乳児以外の同居の家族	●●●● (57)歳	●●●● (57)歳	()歳 ()歳 ()歳

世帯に関わらず、「同居」の方を記載。

乳児生年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日	月齢	● カ月 ● 日
分娩の経過 (母子の状態)	1. 自然分娩 2. 人工分娩：①帝王切開 ②吸引分娩 ③その他 ()		

ふりがな	乳児氏名	母子手帳番号	(表紙) No. 1234567
●●●●●●	●●●●●● (男・女 (第1子))		交付市町村 (盛岡市)・他市町村 ()
出生時の児の様子	妊娠週数： XX 週 出生体重： XXXX g 身長： XX.X cm 胸囲： XX.X cm 頭囲： XX.X cm	出生した病院： ●●●●病院	備考

健診受診歴 ※転入者のみ 受診した健診 (1~2か月児健診, 3~4か月児健診) がある場合は、裏面の乳幼児健診の受診歴にもご記入ください。

現在の様子	赤ちゃんは元気に退院または退院予定ですか。 ① はい ② 入院している (病名等) () ③ 退院したが様子を見ている (病名等) ()	母子手帳の「出産の状態」のページを確認し記載。
	お母さんは元気に退院または退院予定ですか。 ① はい ② 入院している (病名等) () ③ 退院したが様子を見ている (病名等) ()	

◆盛岡市では、生後4カ月未満のお子様を対象に助産師・保健師が家庭訪問を行っています。

※後日、母子健康課からお母さんの連絡先にご連絡いたします。

◆退院後1か月くらいの間、お母さんと赤ちゃんはどちらにいらっしゃいますか。

- 住居地のところ
- ご実家等、住居地とは別のところ
 - 市内の場合 住所： 盛岡市
 - 市外の場合 住所： 東京 (都道府県) 千代田 市区町村
自宅に戻られるのはいつですか？ ● 月 ● 日頃

赤ちゃん訪問済み

※転入の方で、前の市町村で既に訪問を受けている方は、こちらにチェックしてください。

※ 双子の場合には下記欄にご記入ください。三つ子以上の場合は母子健康課まで連絡をお願いします。

ふりがな	乳児氏名	母子手帳番号	(表紙) No. 1234567
●●●●●●	●●●●●● (男・女 (第 子))		交付市町村 (盛岡市)・他市町村 ()
出生時の児の様子	妊娠週数： 週 出生体重： g 身長： cm 胸囲： cm 頭囲： cm	出生した病院：	備考
健診受診歴 ※転入者のみ	受診した健診 (1~2か月児健診, 3~4か月児健診) がある場合は、裏面の乳幼児健診の受診歴にもご記入ください。		
現在の様子	赤ちゃんは元気に退院または退院予定ですか。 1. はい 2. 入院している (病名等) () 3. 退院したが様子を見ている (病名等) ()		
	お母さんは元気に退院または退院予定ですか。 1. はい 2. 入院している (病名等) () 3. 退院したが様子を見ている (病名等) ()		

※事務処理欄	赤ちゃん手帳交付番号	:	:
	ウラ面確認	要	
		不要 <input type="checkbox"/> 赤手 → <input type="checkbox"/> 赤HV → <input type="checkbox"/> 赤手	
	地区NO:		
	発送者:		

転入

※生後4か月以上未就学児まで

赤ちゃん手帳交付申請書

提出または発送した日を記載

申請日 令和 年 月 日

★ この申請書は、お子様の今後の健康管理のために用いられます。母子健康手帳等を参考に太枠内を記入してください。

住所	盛岡市 内丸12-2			父氏名	●● ●●	母氏名	●● ●●● (●)歳
連絡先(自宅)	TEL	— —		連絡先(母)	TEL	— —	
父母と今回申請するお子様以外の同居の家族		●● ●● (●)歳	()歳	()歳	()歳	()歳	()歳

世帯に関わらず、「同居」の方を記載

ふりがな	① ●●● ●●●	② ●●● ●●●	③	④	
乳幼児氏名	●● ●●	●● ●●	未就学の兄弟全員分記載		
生年月日	(H)・R ●年 ●月 ●日	(H)・R ●年 ●月 ●日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日	
月齢	●歳 ●か月	●歳 ●か月	●歳 ●か月	●歳 ●か月	
出産時の状況	体重(g) / 身長(cm)	XXXX g / XX.X cm	XXXX g / XX.X cm	g / cm	g / cm
	胸囲(cm) / 頭囲(cm)	XX.X cm / XX.X cm	XX.X cm / XX.X cm	cm / cm	cm / cm

乳幼児健診の受診歴	母子健康手帳を確認し、受診した健診に○を記入してください。 3~4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診は日付、受診した市町村、結果も記入してください。			
1~2か月児健診	○			
3~4か月児健診	受診日	(H)・R ●年 ●月 ●日	(H)・R ●年 ●月 ●日	H・R 年 月 日
	受診した市町村	●●● 市区町村	●●● 市区町村	市区町村
	受診結果	・健康 ・その他 ()	・健康 ・その他 (●●●)	・健康 ・その他 ()
6~7か月児健診	○			
9~10か月児健診	○			
1歳児健診	○			
1歳児歯科健診	○			
1歳6か月児健診	受診日	(H)・R ●年 ●月 ●日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
	受診した市町村	●●● 市区町村	市区町村	市区町村
	受診結果	・健康 ・その他 ()	・健康 ・その他 ()	・健康 ・その他 ()
2歳児健診	○			
2歳児歯科健診	○			
3歳児健診	受診日	(H)・R ●年 ●月 ●日	H・R 年 月 日	H・R 年 月 日
	受診した市町村	●●● 市区町村	市区町村	市区町村
	受診結果	・健康 ・その他 ()	・健康 ・その他 ()	・健康 ・その他 ()
4歳児歯科健診				
5歳児歯科健診				

市町村ごとに、実施している健診が異なります。概ね月齢が近い健診欄に○を記入してください。健診の実施が無かった場合は、空欄で構いません。

母子手帳の記載のとおり記入(湿疹、便秘、アレルギー等)

病院で受診の場合は、その時住民票をおいていた市町村名を記載。(3~4か月児、1歳6か月児、3歳児)

※事務処理欄

送付物	随時	赤 ・ 45歯 ・ 5歯 ・ 予	赤 ・ 45歯 ・ 5歯 ・ 予	赤 ・ 45歯 ・ 5歯 ・ 予	赤 ・ 45歯 ・ 5歯 ・ 予
		手帳No :	手帳No :	手帳No :	手帳No :
		12 34 67 910	12 34 67 910	12 34 67 910	12 34 67 910
後日		1 1歯 2 2歯	1 1歯 2 2歯	1 1歯 2 2歯	1 1歯 2 2歯
		1.6 ・ 3	1.6 ・ 3	1.6 ・ 3	1.6 ・ 3
確認	□赤手 → □歯科 → □赤手 → □予 → □赤HV → □1.6・3 → □赤手				発送者 :