

# 妊娠届出書

※太枠内に記入してください。

フリガナ 妊婦氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( ) 歳	職業	就労時間: 時～ 時
妊婦の個人番号					
居住地	〒  電話番号( )				
妊娠週数	週	出産予定日	令和 年 月 日		
性病に関する健康診断 (血液検査)	受けた・受けていない		結核に関する健康診断	受けた・受けていない	
妊娠の診断をした 医師又は助産師	医師又は助産師の診断又は 保健指導の有無		受けた・受けていない		
	施設名				
	所在地				
	氏名				
出産予定の施設名	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 他院 ( ) <input type="checkbox"/> 里帰り予定地 ( ) <input type="checkbox"/> 未定				
以上のとおり届け出ます。 <div style="text-align: right;">届出者氏名 _____ 妊婦との続柄 _____</div>					
令和 年 月 日					
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳、妊産婦健康診査受診票の交付を受けました。 <input type="checkbox"/> 安心安全な妊娠期を過ごすことができるよう、必要時、関係機関へ必要な情報を提供することに同意します。					

- (1)この届出書は、母子保健法第15条によりお届けいただくものです。市役所(おやこ応援課または各支所)に提出し、母子健康手帳及び妊産婦健康診査受診票の交付を受けてください。  
 (2)妊産婦健康診査受診票については、住民票のある市町村での交付となります。  
 (3)個人を特定できない形で統計的な処理を行い、結果を公表する場合があります。

市記入欄

交 付 日		【個人番号提示】有・無 【本人確認】有・無 【妊娠がわかる書類】有・届出書・無 【備考】 外(口妊 口出 口産) 入( 年 月 予定)
交 付 番 号		
妊産婦健康診査受診票	済 ・ 未	
新生児聴覚検査受診票	済 ・ 未	
多胎( 人)	外国語版発行	
産前・産後ヘルパー利用券	済 ・ 未	

# あなたの妊娠・出産・子育てを応援します

妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、妊娠中や出産後に電話や家庭訪問を行っております。  
支援の参考にするため、以下の質問にご回答をお願いします。妊婦さんご本人が記入してください。

※太枠内に記入してください

令和 年 月 日

妊婦の状況等	今回の出産	第 子	妊娠回数	回 (流産 回・中絶 回・死産 回)	婚姻の状況	既婚・未婚・入籍予定( 頃 )	
	健康保険種別	国保・社保・共済・国保組合・生活保護・その他( )					
	妊婦本人	氏名		生年月日	年 月 日		
	父(パートナー)	氏名		生年月日	年 月 日	職業	
	同居の家族	氏名		続柄	年齢	氏名	続柄
妊婦以外の連絡先		(夫・パートナー・実家・その他( ))					
生活習慣	■現在、アルコール類は飲みますか。					いいえ ・ はい	
	■現在、タバコは吸いますか。					いいえ ・ はい(1日 本)	
	■同居者の喫煙はありますか。					なし ・ あり	
今までの健康状態	■今までにかかったことのある病気や治療中の病気・障害はありますか。					なし ・ あり	
	( 診断名・内容 ) 高血圧・糖尿病・貧血・心臓病・甲状腺疾患・腎臓病 妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・その他( ) ( 時 期 ) 歳頃 ( 現在の治療 ) なし・あり ( 手帳の有無 ) 歳頃 ( 療育・身体・精神 )						
	■今までに心理的な、あるいは精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科などに相談したことがありますか。					なし ・ あり	
	( 診断名・内容 ) ( 医療機関名 ) ( 時 期 ) 歳頃 ( 現在の治療 ) なし・あり						
	■最近の体調はいかがですか。					よい ・ よくない	
	つわり・疲れやすい・眠れない・気分が沈む・その他( )						
妊娠・出産	■妊娠前の体格 【身長】 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm 【体重】 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg						
	■妊娠についてどのように感じていますか						
	<input type="checkbox"/> 希望しての妊娠だった <input type="checkbox"/> 予想外の妊娠だが嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外の妊娠で戸惑っている <input type="checkbox"/> 出産を迷っている <input type="checkbox"/> 特に何とも思わない						
	■パートナーは妊娠したことを喜んでいますか。					はい ・ いいえ	
生活	■今回の妊娠は、不妊治療をしましたか。					いいえ ・ はい	
	■妊娠中や出産後の子育てについて不安はありますか。					なし ・ あり	
	<input type="checkbox"/> 初めての出産・育児 <input type="checkbox"/> 体調・症状 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家族の介護 <input type="checkbox"/> その他( )						
	■過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、あるいは絶望的になって、しばしば悩まれたことがありますか。					なし ・ あり	
	■過去1か月の間に、物事をすることに興味あるいは楽しみをほとんどなくして、しばしば悩まれたことがありますか。					なし ・ あり	
	■妊娠中や出産後に支援、協力してくれる人はいますか。					いる ・ いない	
	<input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 義理父母 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( )						
	■あなたが悩んだとき、相談することができる人がいますか。					いる ・ いない	
	<input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 義理父母 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( )						
	■夫(パートナー)との関係の中で困っていることはありますか。					いいえ ・ はい	
<input type="checkbox"/> 不仲 <input type="checkbox"/> きつい言葉 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> その他( )							
■あなた自身は、子どものころから愛情を受けて育ったという実感がありますか。					<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない		
■出産費用や生活費に困っていますか。					はい ・ いいえ		
何か気がかりなことや悩み、心配事などがありましたらご自由にご記入ください。							

担当課使用欄

無・有(ト・ハ) <input type="checkbox"/> 外 <input type="checkbox"/> 若 <input type="checkbox"/> シ <input type="checkbox"/> 経 <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 22・飛 <input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 双 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 気 <input type="checkbox"/> 興 <input type="checkbox"/> 精療 <input type="checkbox"/> 飲 <input type="checkbox"/> 望 <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 協 <input type="checkbox"/> 知	<input type="checkbox"/> 入 力 <input type="checkbox"/> 確 認
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------