

妊 娠 届 出 書

記入例	<input checked="" type="checkbox"/>	コ	タ	イ	ラ	ハ	ナ	コ		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9

母子健康手帳番号

下の太枠内を御記入ください

妊婦	個人番号	<input type="text"/>													
	フリガナ	<input type="text"/>													
	氏名	<input type="text"/>													
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	(<input type="text"/> 歳)	職業	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
子の父	フリガナ	<input type="text"/>													
	氏名	<input type="text"/>													
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	(<input type="text"/> 歳)	職業	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
住所	小平市														
電話番号	(自宅)	<input type="text"/>													
	(携帯)	<input type="text"/>													
分娩予定日	令和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	妊娠週数	満	<input type="text"/>	<input type="text"/>	週 (第 <input type="text"/> か月)
性病に関する健康診断	受けた・受けてない					結核に関する健康診断	受けた・受けてない								
診断 (医師・助産師)	施設名(病院・産院・診療所・医院・助産所) (<input type="text"/> 市・区)														
初産・経産	<input type="checkbox"/> 初産	<input type="checkbox"/> 経産 (<input type="text"/>)	回目の出産予定		里帰り 予定	<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 里帰り先)							
小平市長殿 上記のとおり届け出ます。															
令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 妊婦氏名 <input type="text"/>															
代理の方が届けた場合 届出人 <input type="text"/> 妊婦との関係 <input type="text"/> 住所 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/> (<input type="text"/>)															
<input type="checkbox"/> 医療機関において胎児の心音が確認されたこと及び子ども・子育て支援法第10条の9第1項に基づく妊婦のための支援給付を受ける資格を有することについての認定を申請することを申告します。															
妊婦健康診査受診票(14回分)、妊婦超音波検査受診票、妊婦子宮頸がん検診受診票及び新生児聴覚検査受診票を受領しました。(紛失した場合は、原則再発行はできません。)												署名 <input type="text"/>			

※職員記入

妊婦面談日 令和 年 月 日

裏面もご記入
下さい。

届出人 確認 免・パ・住・在留・特永・個人・障
保・学・キ・ク・通帳・その他()

妊娠届出時アンケート

※以下、該当する□に✓をつけ、必要事項を記入してください。

ご懐妊おめでとうございます。

小平市では、妊娠・出産・育児に関する相談に応じるために、アンケートを実施しております。

下記の項目についてご記入いただきますよう、よろしくお願いいたします。

お伺いした内容は健康センターの事業以外に使用することはありません。

※

1. 現在の家族構成について教えてください。

家族()人 { 夫・子ども()人・実父・実母・義父・義母・その他() }

2. 婚姻状況について教えてください。

既婚 これから入籍する予定 入籍する予定なし

3. 今までにかかった病気を教えてください。

なし あり 心臓 腎臓 糖代謝 甲状腺 精神 腰痛 高血圧
 アレルギー その他 ()

4. これまでに、カウンセラーや心療内科、精神科等に相談したことがありますか。

なし あり (いつ頃ですか?)

5. 現在の体調について教えてください。

よい 悪い (つわり ・ 出血 ・ 疲れやすい ・ イライラする ・ その他 < >)

6. 嗜好について教えてください。

タバコ 吸わない 妊娠してやめた 家族が吸う 吸う { 1日()本 }
酒 飲まない 妊娠してやめた ときどき飲む 毎日飲む

7. 不妊治療をしましたか。

あり なし

8. 不安やストレスに感じることにについて相談できる人はいますか。

あり →どなたですか。() なし

9. 妊娠中・出産後に家事や育児を手伝ってくれる人はいますか。

あり →どなたですか。() なし

10. 妊娠を知ったときの気持ちを教えてください。

嬉しかった 予想外だったが嬉しかった

予想外で戸惑った } それはなぜですか？(いくつでも)
 悩んだ } → 1. 初めてのことから 5. 経済的なことが心配
 困った } 2. 仕事とのかねあい 6. 子育てをしていく自信がないから
3. 妊娠すると思っていなかったから 7. その他 ()
4. 入籍していなかったから

11. 今回の妊娠を知ったときの夫・パートナーの反応を教えてください。

喜んだ 喜ばなかった どちらとも言えない 伝えていない

12. 心配なこと・相談したいことはありますか。該当するもの全てに✓をつけてください。

なし おなかの子どものこと 育児のこと 夫(パートナー)とのこと
 あり→ 妊娠中の自分の身体のこと 仕事のこと 上の子どものこと
 出産のこと お金のこと その他 ()

※妊娠届に記載された電話番号を出産後の新生児訪問の連絡用に活用させていただく場合があります。ご了承ください。

10代の方、予定日が37歳を過ぎる初産の方、多胎児を妊娠中の全ての方は『妊婦訪問』の対象です。以下もご記入下さい。

妊婦訪問では、妊娠期間中に電話での相談、訪問での相談ができます。後日、訪問指導員から電話をいたします。

ご本人の連絡先 ()

お電話希望時期(なるべく早く・中期頃・後期頃・産休に入ったら・()月頃)