

妊 娠 届 出 書

届出日：令和 年 月 日		*母子健康手帳交付番号 第 号	
届出者：妊婦本人・配偶者・パートナー・その他()			
フリガナ	生年月日(年齢)	職業	1. 既婚 2. 未婚 (入籍予定あり・なし)
妊婦氏名	年 月 日生(歳) 国籍(外国籍の方のみ)：		
個人番号			
フリガナ	生年月日(年齢)	職業	
夫氏名 (パートナー)	年 月 日生(歳) 国籍(外国籍の方のみ)：		
居住地	加須市	妊娠週数(妊娠月数)	第 週(第 月)
電話番号	自宅	出産予定日	令和 年 月 日
	妊婦携帯		
	夫・パートナー携帯		
今回の妊娠	回目 (□自然に妊娠した ・ □治療して妊娠した)		
妊娠出産歴	出産の経験 □なし ・ □あり (回)		
	早産 回 ・ 死産 回 ・ 流産 回 ・ 人工妊娠中絶 回		
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無	□受けた ・ □受けていない		
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無	□受けた ・ □受けていない		
妊娠の診断を受けた医療機関名(または医師名・助産師名)			
出産を予定する医療機関			
妊婦健診受診機関	東京都・埼玉県・茨城県・栃木県・群馬県・千葉県・神奈川県・その他()		
健康保険の種類	□社会保険 ・ □国民健康保険 ・ □その他		
里帰り予定 □しない □未定 □する	里帰り予定の住所：〒 様方		

母子保健法第15条の規定により上記の通り届け出ます。

*下記に同意していただける場合は、レ点を入れてください。

□出産の支援のため、必要な場合は、妊娠届出書・アンケートの内容について、市、医療機関が情報共有することに同意します。

届出者 氏名	妊婦本人・夫(パートナー)・その他()
住所(本人の場合は省略可)	

確認書類：証明書・エコー写真・診察券・配布資料・その他()

母子手帳発行言語：英語・中国語・ハングル・タガログ語・ポルトガル語・スペイン語・タイ語・インドネシア語・ベトナム語・ネパール語

本人確認	入力	入力確認

※裏面アンケートのご記入もお願いします

アンケート

加須市ではお母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、妊娠中からの支援を行っております。差し支えない範囲でアンケートへの回答をお願いします。なお、ご記入いただいた内容は、個人情報として取扱い、目的以外には利用しませんのでご安心ください。後日、保健師、助産師等がお電話させていただく場合がございますのであらかじめご了承ください。

1	同居している家族は何人ですか (本人も含む)	()人		ジェノグラム			
		同居している家族に○をつけてください。 1. 夫(パートナー) 2. 子ども()人 3. 実父 4. 実母 5. 義父 6. 義母 7. その他()		() ()			
2	妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 嬉しかった	<input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが嬉しかった	<input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った	<input type="checkbox"/> 困った	<input type="checkbox"/> 不安になった	<input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった
3	妊娠・出産・育児について相談したり協力してくれる人がいますか	<input type="checkbox"/> はい 該当する方に○をつけてください。 1. 夫(パートナー) 2. 実父母 3. 義父母 4. 兄弟 5. 友人 6. その他()			<input type="checkbox"/> いいえ		
4	母親(両親)学級を受ける予定はありますか	<input type="checkbox"/> はい 受診予定場所に○をつけてください 1. 病院(産院) 2. 保健センター			<input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> 未定
5	タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠してやめた		<input type="checkbox"/> はい		
6	夫(パートナー)はタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠してやめた		<input type="checkbox"/> はい		
7	お酒を飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 妊娠してやめた		<input type="checkbox"/> はい		
8	今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 該当するものに○をつけてください 1. 高血圧 2. 心臓病 3. 糖尿病 4. 慢性腎炎 5. 肝炎 6. 甲状腺 7. アレルギー 8. こころの病気(病名:) 9. その他() □治療中(年~) ・ □完治(年頃) ・ □中断				
9	現在、あなたの体調はいかがですか	<input type="checkbox"/> よい	<input type="checkbox"/> よくない つわりはありますか □いいえ・□はい その他で該当するものがあれば○をつけてください 1. 疲れやすい 2. 眠れない 3. イライラする 4. 涙ぐみやすい 5. 何もやる気がしない 6. その他() *2週間以上続く症状はありますか □ ある □ ない				
10	心配なこと、相談したいことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 該当するものに○をつけてください 1. 自分の体調のこと 2. 赤ちゃんのお世話 3. 経済的なこと 4. 夫(パートナー)とのこと 5. きょうだいのこと 6. 相談者や協力者がいない 7. 親や子の介護 8. その他()				

面接者()