

妊娠届出書

旭川市

※太枠内に記入してください。

(あて先) 旭川市長		令和 年 月 日	
1. 妊娠の届出をします。 2. 妊婦健康診査受診票を受け取りました。 3. 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。			
届出者氏名		妊婦との続柄	母(妊婦)の個人番号(マイナンバー)
赤ちゃんの保護者	続柄	ふりがな氏名	生年月日(年齢) 職業
	母(妊婦)		S 年 月 日(歳) (就労時間: 時~ 時)
	父(パートナー)		S 年 月 日(歳)
	既婚・未婚・入籍予定(新姓:)		母(妊婦)の住民登録地
健康保険の種類	国保・社保・共済・国保組合・生活保護・その他()		
居住地	〒 (自宅・実家・その他)		
電話番号(日中の連絡先)	旭川市では妊婦さんや赤ちゃんが生まれたご家庭に、電話や家庭訪問を実施しています。		
	携帯電話(妊婦)	(自宅・里帰り先・実家)	
	固定電話	(夫・パートナー 実家・その他())	
妊婦以外の連絡先			
妊娠の診断を受けた施設名または医師等の氏名			
出産予定の施設名	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 他院() <input type="checkbox"/> 里帰り出産(予定地:) <input type="checkbox"/> 未定		
結核に関する検査(胸のレントゲン検査)	受けた・受けていない・わからない	性病に関する検査(血液検査)	受けた・受けていない・わからない
出産予定日	令和 年 月 日	現在の妊娠週数	週
今回の出産予定	第 子	妊娠回数(今回含む)	回 (流産 回・中絶 回・死産 回)
妊娠週数が22週以降の場合は、届出が遅れた理由を御記入下さい。			
家族構成	氏名	続柄	年齢

※裏面も御記入ください

(注)

- 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(子育て支援部母子保健課または各支所・出張所)に提出し、母子健康手帳及び妊婦健康診査受診票の交付を受けてください。
- 妊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。

※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		
妊婦健康診査受診票	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・子育てを妊娠中から応援します

妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、妊娠中や出産後の支援を行っております。
支援の参考にするため、次の太枠の中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。記入もれのないようお願いいたします。

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
今までの健康状況	■今までにかかったことのある病気や治療中の病気はありますか。	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			
	■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) (時 期) [] 歳頃 (現在の治療) なし ・ あり			
	■身体障害者手帳を持っていますか。	なし	・	あり
健康状況	(障害内容) 視覚 ・ 聴覚 ・ 言語 ・ 肢体 ・ 内部			
	■療育手帳を持っていますか。	なし	・	あり
	■妊娠前の体格	【身長】 [] [] [] . [] cm	【体重】 [] [] [] . [] kg	
妊娠・出産	■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くれますか。	はい	・	いいえ
	■今回の妊娠は、不妊治療をしましたか。	いいえ	・	はい
生活	■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"/> 経済的問題 <input type="checkbox"/> 仕事について <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、しばしば悩まさ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、しばしば悩まさ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()			
生活	■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()			
	■現在の経済状況は安定していますか。	はい	・	いいえ

(注) 1. 妊婦さんや赤ちゃんの支援のために、後日、保健師からご連絡させていただくことがあります。
また、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。
2. 妊娠、出産、子育てに関する相談は、市役所第二庁舎窓口にて保健師等がお受けしております。

※市記入欄

無 ・ 有(母・セ)	<input type="checkbox"/> 入力
<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"/> 確認
<input type="checkbox"/> 気 <input type="checkbox"/> 興 <input type="checkbox"/> 精療 <input type="checkbox"/> 飲 <input type="checkbox"/> 疾 <input type="checkbox"/> 望 <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 協 <input type="checkbox"/> 知	<input type="checkbox"/> 連絡