

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) | 昭和・平成 年 月 日 (歳) |
| 個人番号 | | 電話番号 | — — |
| 居住地 | 〒 旭川市 (自宅・実家・その他) □上記住所が住民票と異なる (旭川市) | | |
| 職業 | 就労時間: 時 ~ 時 予定: □産休 月頃 □退職 月頃 | 実家(市町村) | 妊婦 : 夫・パートナー : |
| 出産予定日 | 令和 年 月 日 | 妊娠週数 | 週(か月) |
| 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(施設名) <input type="checkbox"/> 未定 () | | |
| <input type="checkbox"/> 以上のとおり届け出をし、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。 | | | |
| 令和 年 月 日 届出者氏名 _____ 妊婦との続柄 _____ | | | |

(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 (個人番号確認同意 (有・無)) 【本人確認書類】有・無 【妊娠がわかる書類】有・届出書・無 |
| 交 付 番 号 | | 【備考】 |
| 妊産婦健康診査受診票 | 済・未 | 届出: □支所() □東部まちづくりセンター |
| 新生児聴覚検査受診票 | 済・未 | 面談日: / |
| 多胎(人) | 外国語版発行 | |
| 産前・産後ヘルパー利用券 | 済・未 | 妊婦のための支援給付 □申請済 □申請未 (後日郵送・来所) |

あなたの妊娠・出産・子育てを応援します

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、妊婦さんご本人が以下の質問にご回答をお願いします。

※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) | | | 婚姻状況 | 既婚 (初婚・再婚) |
| | 健康保険種別 | 国保・社保・共済・国保組合・生活保護・その他() | | | | | 未婚・入籍予定() | 頃) |
| | 妊婦本人 | 氏名 | | | | 生年月日(年齢) | 年 月 日(歳) | |
| | 夫(パートナー) | 氏名 | | | | 生年月日(年齢) | 年 月 日(歳) | 職業 |
| | 同居の家族 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 氏名 |
| 妊婦以外の連絡先 | | TEL | — — (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はありますか。 | いいえ | はい | 高血圧・糖尿病・貧血・心臓病・腎臓病 妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・甲状腺疾患 その他() 【時期】 歳頃 【現在の治療】なし・あり |
| | ■右に記載の手帳は持っていますか。 | いいえ | はい | 【時期】 歳頃 (療育・身体・精神) |
| | ■今までに心理的、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。 | いいえ | はい | 【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() |
| | ■妊娠前の体格 | 【身長】 | | cm |
| 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"/> 予想外の妊娠で戸惑っている <input type="checkbox"/> 予想外の妊娠だが嬉しい <input type="checkbox"/> 出産を迷っている <input type="checkbox"/> 特に何とも思わない | | |
| | ■夫(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 | |
| | ■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。 | いいえ | はい | <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"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 経済面 <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、しばしば悩まされたことがありますか。 | いいえ | はい | |
| | ■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。 | いいえ | はい | |
| | ■妊娠中や出産後に支援、協力してくれる人はいますか。 | いいえ | はい | <input type="checkbox"/> 夫(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。 | いいえ | はい | <input type="checkbox"/> 夫(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() |
| | ■家族に医療・介護ケアを受けている、または障害のある方はいますか。 | いいえ | はい | 家族() 内容() |
| | ■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。 | いいえ | はい | 内容() | |
| 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 | <input type="checkbox"/> 健 | <input type="checkbox"/> 前 | <input type="checkbox"/> シ | <input type="checkbox"/> 外 | <input type="checkbox"/> 家 | <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 確認 |
| 有(ト・ハ) | <input type="checkbox"/> 遅 | <input type="checkbox"/> 環 | <input type="checkbox"/> 協 | <input type="checkbox"/> 心 | <input type="checkbox"/> 予 | |