

妊娠届出書

市（町村）長殿

届出年月日

年

月

日

(ふりがな)	生年月日	年齢	職業	個人番号
妊婦氏名	年 月 日			
(ふりがな)	生年月日	年齢	職業	
夫氏名 (パートナー)	年 月 日			
居住地	電話 携帯電話	() ()		
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	初診年月日	平成 年 月 日	妊娠週数	満 週 (か月)
	分娩予定日	平成 年 月 日	性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	特記事項	①単胎 ②多胎 (胎)	結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない
	医療機関等の所在地・ 名称・医師又は助産師氏名	健康保険 の種類		①社保 ②国保 ③いずれでもない

*あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①はい ②いいえ (理由)
2 今までにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産 (出産回数 回)
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	①なし ②あり (流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①はい ②いいえ
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった ③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない ⑥その他 (内容:)
6 里帰りの予定はありますか。	①はい (市町村名:) ②いいえ
7 分娩予定施設は決まっていますか。	①はい 健診受診施設と同じ 健診受診施設とは別: () ②いいえ
8 困った時に助けてくれる人はいますか。	①はい (誰ですか) ②いいえ
9 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などはありますか。	①なし ②あり⇒⑦妊娠・出産について ⑧経済的なこと ⑨自分の身体のこと ⑩夫婦 (パートナー) 関係のこと ⑪家族関係のこと ⑫育児の仕方 ⑬その他 ()
10 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①はい (本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ
11 現在、夫 (パートナー) や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ②いいえ
12 現在、アルコールを飲みますか。	①はい (回/週) ②いいえ
13 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。	①なし ②あり⇒病名: 心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・ こころの病気 (うつ病など) ・その他 () それはいつ頃ですか: (年頃) ・現在治療中
14 この1年間に2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状はありますか。	①はい ②いいえ

※下記の内容に同意する場合は、□にチェックを入れてください。

- この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外にお住まいの市町村や愛知県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや愛知県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する場合があります。
- この届出書について、保健師等からご様子をうかがう場合があります。また、関係機関や医療機関へ情報提供するとともに支援検討に使用することがありますのでご承知おきください。
- 個人番号不明の方**：母子健康手帳及び妊婦乳児健康診査受診票の交付の際に、個人番号を調べることに同意します。
※こども健康課記入欄：本人身分確認 (運転免許証・パスポート・)