

# 妊娠届出書

届出日 年 月 日

母子健康手帳番号	マイナンバー										
フリガナ					生年月日				職業		
妊婦氏名					S・H 年 月 日 ( 歳)						
フリガナ					生年月日				職業		
子の父の氏名					S・H 年 月 日 ( 歳)						
住所	大和市										
日中連絡可能な電話番号	妊婦: — — — — — 子の父: — — — — — 平日の昼間電話連絡が可能な時間帯 (9時~12時) (12時~13時) (13時~17時) (その他 )										
保健指導・健康診断											
妊娠の診断を受けた医療機関名・医師名				病院名				医師名			
出産予定医療機関				( ) ・ 検討中							
最終月経				年 月 日							
妊娠週数				満 週( か月)							
出産予定日				年 月 日							
性病に関する健康診断の有無				受けた・受けていない							
結核に関する健康診断の有無				受けた・受けていない							
*多胎(双子等)と診断されている方のみ記入				<input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> 三つ子 <input type="checkbox"/> その他( )							
妊娠歴・出産歴											
今まで妊娠した回数				回(今回を含む) うち 流産 回 ・ 死産 回 ・ 中絶 回							
出産回数				回(今回を含む)							
前回の妊娠中の異常				なし・あり( 高血圧・貧血・糖尿病・切迫流早産 )							
不妊治療の有無				なし・あり( 治療期間: 年 か月 )							
交付にあたり、妊婦健診受診等の状況確認、妊婦の健康上に必要な情報の確認を必要により医療機関へ市が行う事に同意いたします。											
届出者氏名								妊婦との続柄( )			
※住民票 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> マイナンバー <input type="checkbox"/> 委任状 確認者( )面接者( ) <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )											

\*妊娠の診断を医療機関で受けていない場合、母子健康手帳を交付することはできません。

市役所記入欄											
<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 土 AM <input type="checkbox"/> 土 PM <input type="checkbox"/> 日 AM <input type="checkbox"/> 入力 <input type="checkbox"/> 多胎用妊婦健康診査費用補助券											

※裏面もあります→

**妊娠届出書を出された方へ**

大和市では、皆さんが安心して子育てしていただけるようすべての妊婦さんのご様子をお伺いしています。以下の太線枠内のご記入をお願いいたします。

**後日、子育て何でも相談・応援センター保健師より連絡させていただきます。**

1. 家族構成	同居家族_____人(本人を含む) ご一緒にお住まいのご家族に○をつけてください。 → 夫・子ども( 歳、 歳、 歳)・その他( )
2. 妊娠を知った時、どのような気持ちでしたか。	嬉しかった ・ 予想外だったが嬉しかった ・ 予想外で驚き戸惑った ・ 嬉しくなかった ・ 特に何も思わなかった
3. 子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。	ある ・ なんとなくある ・ あまりない ・ ない
4. 今までにかかった病気はありますか	なし ・ 高血圧 ・ 腎炎 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 精神疾患 ・ 手術 ・ その他( ) →それはいつ頃ですか( 才頃) ・ 現在治療中
5. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題でカウンセリングや精神科医師、心療内科医師に相談したことがありますか。いいえ	はい → それはいつ頃ですか( 才頃) ・ 現在治療中( 内服あり・ カウンセリングのみ)
6. この1年間で2週間以上続く不眠、イライラ、やる気が出ない等の症状がありましたか。	いいえ ・ はい→それはどのような時ですか( )
7. 現在、たばこを吸っていますか。	・いいえ ・妊娠してからやめた やめた方は禁煙を続けられそうですか。 続けられる ・ 自信がない ・はい ( 本/日) 吸っている方は禁煙に興味がありますか。 ある ・ ない
8. 同居のご家族でたばこを吸う方はいますか。	・いいえ ・妊娠がわかってからやめた ・はい (誰が 吸う場所 )
9. 現在、お酒を飲んでいますか。	いいえ ・ はい (何を どれくらい /日)
10. 夫には何でも打ち明けることができますか。	はい ・ どちらともいえない・ いいえ ・ 夫がいない
11. 実母には何でも打ち明けることができますか。	はい ・ どちらともいえない・ いいえ ・ 実母がいない
12. 夫、実母以外に相談できる人がいますか。	はい(誰が ) ・ いいえ
13. 里帰りの予定はありますか。	はい( 都道府県) ・ いいえ・ 検討中
14. 産後、協力してくれる方はいらっしゃいますか。	はい(誰が ) ・ いいえ
15. 現在、心配なこと・相談したいことはありますか。	特になし ・ 妊娠中の体のこと ・ 家事や仕事 ・ 経済的なこと ・ お住まいのこと ・ 保育園のこと パートナーのこと ・ その他( )

※ご記入された個人情報、母子保健事業・子育て支援事業以外の目的には使用しません。

市役所記入欄:外国籍の方のみ	主に使っている言語 ( )語 日本語でのコミュニケーションについて → できる ・ 日常会話程度 ・ やさしい日本語で可 ・ できない 日本語の読み書きについて → できる ・ ひらがな、カタカナで可 ・ できない
----------------	---