

妊娠届出書

母子健康手帳NO _____

(受付日：令和 年 月 日)

須 恵 町 長 様

下記のとおり届出いたします。

フリガナ	生 年 月 日		年 齢	職 業	
妊 婦 氏 名	S・H 年 月 日		歳		
電話番号 (妊婦)	電話番号 (夫・パートナー等)				
住 所	須恵町				
妊 娠 週 数	週	出 産 予 定 日	令和 年 月 日	性病に関する健康診断 有 無	結核に関する健康診断 有 無
受 診 医療機関	担当医師名又は助産師名		TEL		

※須恵町では、妊産婦訪問、赤ちゃん訪問や乳幼児健診、予防接種などの事業を通して、赤ちゃんとお母さんが安心して生活していただけるようにサポートを行っています。
必要時に住民基本台帳ネットワークから個人情報を取得することに 承諾します

妊婦さんアンケート（妊婦さん本人が記入して母子健康手帳交付の際にお持ちください）

お手数ですが下記のアンケートにご協力ください。

家族構成	妊婦さんからみた続柄で同居者に○をつけてください 同居家族数 () 人 夫・パートナー <small>ふりがな</small> 氏名 () 生年月日 (S・H) 子ども () 人 父・母・祖父・祖母 夫の父・夫の母 夫の祖父・夫の祖母 その他 ()	生活習慣	① 喫煙の習慣 吸わない・妊娠中やめた 吸う () 本/日 *同居家族のどなたか喫煙しますか 有 () ・無 ② 飲酒の習慣 飲まない・妊娠中やめた 飲む (何を () どの位 ()) ③ 薬の服用 無・有 () ④ 朝食の習慣 無・有 ⑤ 現在の身長 () cm 現在の体重 () kg 妊娠前の体重 () kg
今までの健康状況	⑥ 今までに大きな病気や治療をしたことがありますか いいえ・はい 心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病・貧血・その他 () ⑦ 今までに精神的なことで、カウンセラーや心療内科、精神科医院などに相談したことがありますか いいえ・はい ()		
妊 娠 出 産 の 状 況	妊娠回数 初・ () 回目	出産回数 () 回	今回は双子以上ですか? いいえ・はい
	・ 今までの妊娠に異常がありましたか いいえ・はい (妊娠高血圧症候群・切迫流産・貧血・ぜんそく・心臓病・その他 ()) ⑧ 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体のことについて、医師から何か問題があると いわれていますか いいえ・はい () ⑨ これまでに流産や死産、出生後1年以内にお子さんを亡くされたことがありますか いいえ・はい		

裏面へつづく

生活環境	⑩ 現在の住所に（約 年 ヶ月）すんでいる。											
	⑪ 家事・育児で協力してくれる人はいますか はい（夫・母・パートナー・兄弟姉妹・友人・ヘルパー・その他（ ）） いいえ											
	⑫ 困った時に相談する人はいますか はい（夫・母・パートナー・兄弟姉妹・友人・その他（ ）） いいえ											
	⑬ 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか いいえ はい（出産費用・出産後の育児費用・その他（ ））											
	⑭ 妊娠期間中に転出する予定がありますか いいえ はい（ 月頃）（ 県 市・町・村）											
	⑮ 里帰りをする予定はありますか いいえ→ 実家（ 県 市・町・村） はい→（妊娠 月頃・産後） 里帰り先（ 県 市・町・村）											
その他	⑯ 妊娠がわかった時の気持ちで一番近い気持ちに一つ〇をつけてください 1 とても嬉しかった 2 予想外で驚いたが嬉しかった 3 予想外でとまどった 4 困った 5 特に何とも思わなかった											
	⑰ 今回の妊娠で不安や心配なことがありましたらご記入ください *今までに、赤ちゃんを抱っこしたり、ミルクをあげたりしたことがありますか。 はい ・ いいえ *須恵町で開催している産前産後サポート事業等のご案内を送付してもいいですか。 はい ・ いいえ											
市町村記入欄	（対応者名 ）											
	事務処理欄（届出本人確認） 届出人： 妊婦本人 ・ 代理人 ⇒ 委任状（あり ・ なし）											
	<input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）カード											
	<table border="1"> <tr> <td>個人番号の記載がある書類（1点）</td> <td><u>顔写真付きの公的な証明書（1点）</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 通知カード</td> <td><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 住民票の写し（個人番号記載あり）</td> <td><input type="checkbox"/> その他（ ）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書（個人番号記載あり）</td> <td><u>顔写真付きでない公的な証明書（2点）</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> その他（ ）</td> </tr> </table>	個人番号の記載がある書類（1点）	<u>顔写真付きの公的な証明書（1点）</u>	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 住民票の写し（個人番号記載あり）	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書（個人番号記載あり）	<u>顔写真付きでない公的な証明書（2点）</u>		<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳	
個人番号の記載がある書類（1点）	<u>顔写真付きの公的な証明書（1点）</u>											
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート											
<input type="checkbox"/> 住民票の写し（個人番号記載あり）	<input type="checkbox"/> その他（ ）											
<input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書（個人番号記載あり）	<u>顔写真付きでない公的な証明書（2点）</u>											
	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳											
	<input type="checkbox"/> その他（ ）											

※ 必要に応じて、関係機関へ情報提供を行う場合があります。
 ※ このアンケートは、妊産婦さんの支援以外の目的で使用することはありませんのでご安心ください。