

妊娠届出書



小野市

※太枠内をご記入ください。

※対応者記入欄					
妊婦健診助成券発行番号					
母子健康手帳番号					
号 妊娠届出 年 月 日 (妊娠満 週)					
妊婦 (母となる者)	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (歳)
	氏名		職 業		
			個人番号 (マイナンバー)		
住所	小野市 町		(自宅TEL) (携帯)		
	(住民票のある所)				
夫 (パートナー)	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (歳)
	氏名		職 業		
			携 帯		
性病に関する健康診断 ※1 (今回の妊娠で)	<input type="checkbox"/> うけた <input type="checkbox"/> うけていない		結核に関する健康診断 ※2 (1年以内)	<input type="checkbox"/> うけた <input type="checkbox"/> うけていない	
出産予定日 年 月 日 単胎・多胎()胎					
うけた医療機関または医師・助産師の氏名、住所 []					
上記のとおり届出をします 年 月 日					
小野市長様					
届出者 住所					
氏名 (妊婦との続柄)					

届出者が妊婦本人でない場合、下記の委任状をご記入ください。

<h2>委任状</h2>	
私は(住所) _____ (氏名) _____	を代理人と定め、妊娠届出、母子健康手帳の受領に関する権限を委任します。
小野市長 様	
年 月 日	
(委任者) 住所 小野市	
氏名 (妊婦本人)	

〈注〉妊娠とわかったら、この妊娠届出書に記入して、市健康増進課に提出し母子健康手帳の交付を受けて下さい。

※ 1 妊娠の診断を行った医療機関で感染症の検査(血液検査)を受けたかどうか。

※ 2 会社の検診や人間ドックで、概ね1年以内に胸部レントゲン検査を受けたかどうか。

※対応者確認欄	<input type="checkbox"/> 番号確認	<input type="checkbox"/> 妊婦本人身元確認	<input type="checkbox"/> 代理人身元確認
面接者	<input type="checkbox"/> 妊婦本人	<input type="checkbox"/> 本人以外()	対応者()

裏面あります

・ご記入いただいたアンケートについて、今後の支援に役立てるため、必要時応じて子育て支援機関と連携しながらサポートしていきます。

妊婦の既往歴	・今までにかかった病気で治療を受けたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () いつ頃 現在治療中
	・今までにカウンセラーや心療内科、精神科に相談したことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () いつ頃 現在治療中
今までの妊娠等について	・今回の妊娠は 初回・第 回目 ・今までに 流産 回 ・早産 回 ・死産 回 ・中絶 回 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 その他 ()
	・不妊治療を受けたことが <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
	・今までに生まれたこどもは 健在 人 (歳 歳 歳) ・死亡 人 ・異常がある 人 (低出生体重児など)
嗜好	・妊婦の喫煙 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (喫煙歴 年 ・妊娠前 本/日 ・現在 本/日) ・家族の喫煙 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (誰が: 夫 親 その他 本/日) ・妊婦の飲酒 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (何を: どのくらい: 回/週・量 /回)
体調	・つわり <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () ・流産傾向 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () ・服薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある () ・入院予定 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
気持ち	・妊娠を知った時の気持ち <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> とまどった <input type="checkbox"/> その他 () ・夫(パートナー)と赤ちゃんのことを話し合いますか <input type="checkbox"/> 話し合う <input type="checkbox"/> あまり話さない その他 ()
	・妊娠をしてからの気持ちの変化 涙もろくなる・・・ <input type="checkbox"/> よくある (どんなとき) <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない イライラする・・・ <input type="checkbox"/> よくある (どんなとき) <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない 眠りにくい・・・ <input type="checkbox"/> よくある (どんなとき) <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない ・今心配なこと <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある・・・ <input type="checkbox"/> ご自身の体調 <input type="checkbox"/> ご自身の精神面 <input type="checkbox"/> おなかの赤ちゃんのこと <input type="checkbox"/> 産後の生活のこと <input type="checkbox"/> 出産のこと <input type="checkbox"/> 夫など家族のこと <input type="checkbox"/> 上の子どものこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> その他 () ・夫(パートナー)の妊娠を知ったときの気持ち <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> とまどった その他 ()
出産・育児	・妊娠、出産、育児について相談相手はいますか <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる・・・夫・実母・実父・義母・義父・兄・弟・姉・妹・友人・その他 ()
	・妊娠、出産、育児について協力してくれる人はいますか <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる・・・夫・実母・実父・義母・義父・兄・弟・姉・妹・友人・その他 ()
	・里帰りの予定はありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> ある・・・里帰り先住所 () 世帯主名 () 連絡先 ()
【同意欄】 母子ともに健やかに安心して過ごしていただけるように、記載内容を関係機関や医療機関と共有することに同意します。	
署名 _____	
【事務処理欄】	