

妊娠届出書

健康診査受診票・補助券等の交付申請及び受領書

差し替え口

(/ ・)より転入

(妊婦)個人番号					母子健康手帳番号		
妊婦	氏名(ふりがな)	年齢	生年月日	職業	電話番号(※日中つながりやすい番号をご記入ください)		
		()歳	昭和・平成 年 月 日				
夫(パートナー)	婚姻形態		既婚・未定・ 入籍予定(あり・なし)				
	()歳						
(↓妊婦さんについて、ご記入ください)							
住所	府中市	アパート・マンション名					
産後1か月間の滞在場所(予定)	<input type="checkbox"/> 上記と同じ (住所)	<input type="checkbox"/> 未定	(電話)				
家族構成(該当に○)	夫(パートナー)・子()人・義父・義母・実父・実母・その他()						
健康保険の種類	国保・社保・その他()						
妊娠の診察を受けた医療機関				出産予定の場所・名称	<input type="checkbox"/> 左記と同じ		
出産予定日	年 月 日		妊娠週数	現在 週()か月)			
			(不明な場合)	(最終月経初日: 年 月 日)			
妊娠歴	今回を含めた妊娠回数	(出産回数)	(流産・死産回数)	(中絶回数)	出生順位	第 子	
	回	回	回	回			
妊娠中または出産後、市外へ転出する予定がありますか			いいえ・はい()				
妊婦健診・乳児健診を広島県外で受ける予定がありますか			いいえ・はい()				
マタニティキーホルダーの配付を希望しますか			希望しません・希望します				
(一人親家庭の方)児童扶養手当を受給していますか			いいえ・はい				
妊婦一般健康診査補助券1~14回	14枚	子宮頸がん検診受診券	1枚	妊婦一般健康診査検査券	1枚		
クラミジア検査受診券	1枚	妊婦歯科健康診査受診券	1枚	乳児一般健康診査受診票	2枚		
新生児聴覚検査受診券	1枚	助産施設妊婦一般健康診査補助券	枚				

ご記入いただいた内容を基に、安心して妊娠・育児期を過ごしていただけるよう、相談や乳児全戸訪問等の母子保健事業や他機関との連携を通じて妊娠・育児を支援させていただきます。この目的以外で、個人情報を利用することはありません。

上記のとおり妊娠届出書の申請し、受診票などを受領しました。また個人情報の取り扱いについて同意します。

年 月 日 (届出者)氏名 (続柄) 説明済み

【委任状】 私は、届出及び受診券などの受領を次の者に委任します。

(委任する人) 妊婦の氏名 印 *自署又は記名及び捺印
(委任を受けた人) 住所 氏名 印 妊婦との関係()

裏面もご記入ください

2019.4

市担当者記入欄

・番号確認: <input type="checkbox"/> 個 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 住	・本人確認	1つ: <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 手帳(身・精・療)	受付者
		2つ: <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> その他	



妊娠おめでとうございます



府中市では、妊婦さんの健康と赤ちゃんの健やかな成長を支援できるように、アンケートのご協力をお願いしています。

①妊娠していることがわかって、今の気持ちはいかがですか。	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 驚いたがうれしい <input type="checkbox"/> 予想外でとまどっている <input type="checkbox"/> 困る <input type="checkbox"/> 不安や負担が大きい <input type="checkbox"/> その他 ()
②夫（パートナー）は、妊娠を知った時どんな様子でしたか。	<input type="checkbox"/> うれしそうだった <input type="checkbox"/> 戸惑っていた <input type="checkbox"/> よくわからない <input type="checkbox"/> その他 ()
③現在のあなたの体調はどうですか。	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> つわりがある <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 ()
④あなたはたばこを吸っていますか。	<input type="checkbox"/> はい 1日に () 本 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた
⑤同居の家族でたばこを吸う人がいますか。	<input type="checkbox"/> はい (どなたですか) <input type="checkbox"/> いいえ
⑥あなたはお酒を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> はい 1日に () ml <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた
⑦妊娠中の喫煙や飲酒が、おなかの赤ちゃんに悪影響を与えることを知っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧今までにかかった病気・現在治療中の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 下記の質問にもお答えください
	→ どのような病気ですか。 高血圧・糖尿病・腎臓病・心臓病・肝臓病・甲状腺疾患 こころの病気・その他 ()
	→ いつごろですか。 () 年頃 治療・治療中・経過観察中・放置
	→ 利用している制度があれば○をつけてください。 自立支援医療 手帳 (身体 ・ 療育 ・ 精神保健)
⑨この1年の間に、2週間以上続く右のような気分や症状はありますか。	<input type="checkbox"/> 眠れない・何もやる気がしない・涙ぐみやすい・イライラする <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → () 月ごろ ・ 現在
⑩ご自身のことや家族のことで、現在困っていること、悩んでいること、不安なことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 下記のあてはまるものいくつかでも○をしてください ご自身の健康・おなかの赤ちゃんのこと・出産に関すること・ 上の子の育児・夫婦（パートナー）関係・実父母や義父母のこと・ 仕事・酒・薬・ギャンブル・借金・精神的または身体的暴力・その他
⑪悩みを話せる人が身近にいますか。	<input type="checkbox"/> はい (どなたですか) <input type="checkbox"/> いいえ
⑫今までに心の悩みなどで、カウンセラーや精神科医などに相談したことがありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
⑬妊娠中から産後にかけて援助してくれる人がいますか。	<input type="checkbox"/> はい → 夫・実父・実母・義父・義母・その他 () <input type="checkbox"/> いいえ
⑭出産後、赤ちゃんとの生活が楽しみですか。	<input type="checkbox"/> 楽しみ <input type="checkbox"/> 楽しみではない <input type="checkbox"/> 分からない
⑮あなた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
⑯経済的な不安がありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
⑰地域にいる相談できる人を知っていますか。ご存知の人を☑してください。	<input type="checkbox"/> 母子保健推進員 <input type="checkbox"/> 主任児童委員 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 地域子育て支援センターの保育士 <input type="checkbox"/> その他 ()
☆府中市には地域の中で、皆さんが安心して出産・育児ができるように、母子保健に関する相談やサポートを行う母子保健推進員がいます！	
⑱その他に、心配なこと、知りたいことなどがありましたらご記入ください。	[]

ご協力ありがとうございました。