

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

妊娠届出書

No.

母子保健法第15条の規定により下記のとおり届出致します。

益田市長 様

令和 年 月 日

<現住所> 益田市 町 番地 号
丁目

<妊婦氏名> <生年月日> S・H 年 月 日 (歳)

<職業> <電話番号> 自宅 —
携帯 —

<子の父親の氏名> <生年月日> S・H 年 月 日 (歳)

届出時の妊娠週数は何週ですか	第 週 (または か月)	出産予定日	令和 年 月 日 第 子
診断を受けた病院はどちらですか		出産予定病院	
今回の妊娠は不妊治療をしましたか	いいえ ・ はい		
里帰り出産をされる予定ですか	いいえ ・ はい { 市内・市外 (県内 ・ 県外) } 未 定 (どちらへ:)		
今回の妊娠で言われたことがあれば ○をつけてください	・ 重度のつわり・流早産のおそれ・貧血・妊娠高血圧症候群 ・ 体重増加注意・合併症・その他 ()		
今までに出産経験はありますか	あ る ・ な し		
前回までの妊娠中・出産の様子	順 調	・ 流産・早産・妊娠高血圧症候群・帝王切開・不育症 ・ 前置胎盤・死産・その他 ()	
結核に関する健康診断(胸部レントゲン) を1年以内に受けましたか	は い・いいえ	たばこを吸い ますか	いいえ ・ はい ↓ (吸っている・やめた)
性病に関する検査(血液検査等)を 1年以内に受けましたか	は い・いいえ		周りに吸う人がいますか (いる ・ いない)
現在、酒類を飲みますか	いいえ ・ はい (どの位:)		
妊娠中に、助産師の訪問を希望されますか?	希望しない ・ 希望する (いつ頃:)		
届出者氏名 (本人以外の方が記入された場合のみ記入してください)			(間柄)

※結核に関する健康診断(胸部レントゲン)は、妊娠中は受けないでください。 【対応者】

★アンケート★

妊娠・出産・育児について支援させていただくためのアンケートです。ご協力をお願いします。

★妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか

1. とても嬉しい 2. 予想外だったが嬉しい 3. 予想外で戸惑った 4. 困った 5. 大変困った 6. その他

★今までに心理的な、あるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医師、又は心療内科医師などに相談した
ことはありますか

1. いいえ 2. はい ()

★今心配なことはありますか (ある ・ なし)

1. 出産 2. お腹の子どものこと 3. 上の子の育児 4. 自分の健康面(食事・運動・睡眠・薬・その他)
5. 子の父親との関係 6. 経済面 7. 仕事のこと 8. その他 ()

★あなたが悩んでいるときに相談に乗ってくれる・協力してくれる人や機関がありますか

1. 子の父親 2. 友人 3. 親 4. 近所の人 5. 産科の病院 6. 電話相談 7. 保健師 8. 委嘱助産師 9. 保育士
10. その他 11. 誰もいない

職員記入欄

発行者		整理番号	フォローの必要性
双胎・外国語版()語)・転入()枚発行)			なし・あり

★個人番号・身元確認★

<妊婦さん本人が来られた場合>

個人番号確認方法	身元確認方法
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	/
<input type="checkbox"/> 通知カード	[1点で確認可能なもの] ※写真入りのもの <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
	[確認に2点必要なもの] <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 各種年金証書 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 住民名義の預金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()

<妊婦さん以外(代理人:夫、祖父母等)が来られた場合>

委任状	代理人の身元確認方法	妊婦さんの個人番号確認方法
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 後日提出	[1点で確認可能なもの] ※写真入りのもの <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 () [確認に2点必要なもの] <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 各種年金証書 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 住民名義の預金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 ()