

妊 娠 届 出 書

太枠内のご記入をお願いします。

母子手帳番号	*記入しないでください	妊娠届出日	年	月	日
発行言語	1日本 2スペイン 3ポルトガル 4英語 5中国 6タガログ 7タイ 8ハングル 9ベトナム				
個人番号(マイナンバー)					母国語
妊 婦	フリガナ氏名			生年月日	S H 年 月 日(歳)
	現住所	(〒 -) 平塚市 TEL ()			
	職業	1 会社員 2 無職 3 公務員 4 自営業 5 パート・アルバイト 6 学生 仕事の内容()			
胎児の父	フリガナ氏名			健康状態	1 健康
	生年月日	S・H	年 月 日(歳)		2 よくない(病名:)
	住所			電話番号	
	職業	1 会社員 2 無職 3 公務員 4 自営業 5 パート・アルバイト 6 学生 仕事の内容()			
今回診断を受けた病院について	(病院名)		(医師名)		
妊娠週(月)数	妊娠満 週 (妊娠 月)				
出産予定日	年	月	日	妊娠回数	回目(今回の妊娠を含む)
これまでの出産回数	回		流産死産の回数	回	
今回の妊娠で性病検査を受けましたか。	受けた ・受けていない ・不明				
過去1年以内に健康診断で結核検査(レントゲンやツベルクリン検査)を受けていますか。	受けた ・受けていない ・不明				
現在一緒に暮らしている家族	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 義父	<input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> 義母	<input type="checkbox"/> 子ども(人) <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 実母
注意事項: この届出書の情報は、必要に応じて母子保健サービスで実施する、健康診査や医療機関・公的機関との連携や災害時の支援のために利用することがあります。 妊娠中や出産後に保健師や助産師などが電話や家庭訪問等をさせていただく場合があります。あらかじめご承知おき下さい。					

- 市役所事務処理欄(届出人本人)①から1点、もしくは②から2点、②+③から1点ずつ (妊娠確認)④もしくは⑤

 - ①運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等の顔写真入りの公的な身分証明書
 - ②保険証、年金手帳、生活保護受給証等官公署が発行した身分証明書
 - ③その他(病院の診察券、キャッシュカード、通帳、)
 - ④日付入りのエコー写真 ⑤診療明細書

※代理人が届け出る場合は、必ず以下の「委任状」を記入してください。

委 任 状 (※妊婦本人が記入してください)

年 月 日

委任者(妊婦本人) 住所 _____ 住所 _____
 氏名 _____

私は、妊娠の届出及び母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委託します。

受任者(代理人) _____ 住所 _____
 氏名 _____

※受任者(代理人)の身元確認書類が必要となります。

妊娠届出書を提出された方へ(アンケート)

ご妊娠おめでとうございます。平塚市では妊娠中から皆様の子育てを応援しています。このアンケートは、妊娠・出産・子育てを応援するために利用させていただきます。ご協力をおねがいします。

1. 妊娠中に転出予定がありますか	1. いいえ 2. 未定 3. 予定がある(年 月頃 どこ へ)
2. 里帰り出産の予定はありますか	1. はい()都道府県 ()市町村 2. いいえ 3. 検討中
3. 現在体調はいかがですか?	1. よい 2. どちらとも言えない() 3. 体調が悪い【 つわり・出血・腹痛・不眠・食欲減退 その他()
4. 妊娠前の身長・体重を教えてください	身長()cm 体重()Kg こちらは記入不要です BMI ()
5. 過去の妊娠、出産の状況についてお尋ねします。	1 今回の妊娠が初めて 2 今までの妊娠・出産に異常がなかった 3 妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病 4 切迫流産・切迫早産 5 出生体重が2,000g未満 6 産後うつ 7 赤ちゃんの病気() 7 その他()
6. 不妊治療について	不妊治療をしたことがありますか。 はい いいえ
	今回の妊娠は不妊治療ですか。 はい いいえ
7. 今回の妊娠が分かった時はどんな気持ちでしたか。	1 うれしかった 2 予想外だったがうれしかった 3 予想外だったので戸惑った 4 困った 5 何とも思わない
8. 妊娠中及び産後に支援してくれる人はいますか。	1 いる ①夫 ②パートナー ③父 ④母 ⑤義父 ⑥義母 ⑦兄弟姉妹 ⑧友人 ⑨その他() 2 いない
9. こどものころから愛情を受けて育ったという実感はありますか	1はい【誰から:父・母・祖父母・その他()】 2どちらともいえない 3いいえ
10. タバコを吸う人はいますか。(電子タバコを含む)	1 いる ①妊婦(本/日) ②夫(本/日) ③パートナー(本/日) ④同居家族(本/日) 2 いない (妊娠してやめた・元々吸わない)
11. 現在、あなたはアルコールを飲みますか。	1 はい ⇒ (何を : 回/週) 2 いいえ
12. 葉酸の摂取について	1. 妊娠を計画しているまたは妊娠初期の女性が葉酸を積極的に摂る必要があることを知っていましたか。 はい いいえ 2. 現在、葉酸のサプリメントを利用していますか。 はい いいえ
13. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	1. あり【(いつごろから) 治療中 ・ 治療済み ・ 治療中断】 ①心臓病 ②高血圧 ③慢性腎炎 ④糖尿病 ⑤肝炎 ⑥その他 (病名) 2 なし
14. 今までに心療内科や精神科を受診したことはありますか	1. あり【(いつごろから) 治療中 ・ 治療済み ・ 治療中断】 ①うつ病 ②パニック障害 ③不安障害 ④適応障害 ⑤摂食障害 ⑥自律神経失調症 ⑦依存症() ⑧その他() 2. なし
15. 出産費用や生活費など経済的に困っていることはありますか	1. いいえ 2. はい
16. 不安なこと、心配なことや相談したいことはありますか。	1. あり ①妊娠中の身体のこと ②出産や育児のこと ③家事や仕事のこと ④保育園など子どものあずけ方 ⑤パートナーとの関係(身体的・精神的暴力・その他) ⑥相談者や協力者がいない ⑦その他() 2. なし
17. 市役所で相談等受けていますか	1. いいえ 2. はい【子ども家庭課・生活保護・障害福祉課(療育手帳・自立支援医療・障害手帳)】