

妊娠届出書

母子健康手帳NO. 14-1

ふりがな 妊婦氏名	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	職業 個人番号
ふりがな 夫 氏名	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	職業
住 所	本宮市 <アパート名> 号室	妊婦の携帯電話番号 - -
最終月経	平成・令和 年 月 日	妊娠週数 週 第 子
出産予定日	令和 年 月 日	診断医師または 助産師名
健診受診予定医 療機関		出産予定 医療機関
性病の検査 (血液検査)	受けた ・ 受けない	結核検診 (1年以内)
子宮がん検診 (2年以内)	受けた ・ 受けない	出産までに 転出する予定
		無・有 いつ: どこへ:

以下は妊婦さんへのアンケートです。このアンケートは、お母さんと赤ちゃんの健康を守るため、妊娠・出産・育児を切れ目なくサポートしていくためのものです。当てはまる項目にチェックを入れてください。

1. 今回の妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか。	<input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外だったが嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった <input type="checkbox"/> その他
2. 過去の妊娠経過で次のようなことはありましたか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 流産()回 <input type="checkbox"/> 早産()回 <input type="checkbox"/> 死産()回 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()
3. 今までに治療した病気はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> こころの病気(うつ病など) (病名:) <input type="checkbox"/> その他()
4. 現在治療中の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> こころの病気(うつ病など) (病名:) <input type="checkbox"/> その他()
5. あなたはたばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが妊娠してからやめている <input type="checkbox"/> 今も吸っている(本/日) <input type="checkbox"/> 同居家族が吸っている
6. あなたはアルコールを飲みますか。	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 以前は飲んでいて妊娠してからやめている <input type="checkbox"/> 時々飲んでる <input type="checkbox"/> 毎日飲んでる
7. 妊娠や育児などについて相談できる人はいますか。	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 自分の親 <input type="checkbox"/> 夫の親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いない
8. 産後、家事や育児を手伝ってくれる人はいますか。	<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 自分の親 <input type="checkbox"/> 夫の親 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> いない
9. 現在心配なこと、気になることはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 自身の身体面 <input type="checkbox"/> 自身の精神面 <input type="checkbox"/> 妊娠の経過 <input type="checkbox"/> 出産のこと <input type="checkbox"/> 出産後の生活 <input type="checkbox"/> 上の子の育児 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 夫との関係 <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> その他()
10. この一年間に、2週間以上続く気になる症状はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 涙ぐみやすい <input type="checkbox"/> 何もやる気がしない
11. パパママ教室の参加を希望しますか。	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

上記の通り届け出いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名 続柄()

本宮市長 高 松 義 行 様

この届出書は、母子健康手帳の交付、母と子の健康のしおり交付、妊産婦及び出産予定児の健康管理を目的に提出していただいております。また、個人を特定しない統計などに活用しております。

交付者	個人番号	委任状	有・無	その他
-----	------	-----	-----	-----