

## 妊娠届出書

|                |  |      |  |
|----------------|--|------|--|
| 母子健康手帳<br>交付番号 |  | 個人番号 |  |
|----------------|--|------|--|

下記のとおり届け出ます。

（あて先）三芳町長

年 月 日

届出人氏名 (妊婦との続柄： )

| 妊婦氏名(フリガナ)       | 生年月日     | 年齢 | 職 業              |
|------------------|----------|----|------------------|
|                  | 年 月 日    |    | 産後の復帰予定<br>あり・なし |
| 国籍<br>(※外国籍の方のみ) |          | 来日 | 年                |
| 妊婦の住所            |          |    |                  |
| 自宅( )            | 妊婦携帯 ( ) |    |                  |
| 夫(パートナー)氏名(フリガナ) | 生年月日     | 年齢 | 職 業              |
|                  | 年 月 日    |    |                  |
| 夫(パートナー)携帯 ( )   |          |    |                  |

|  |  |      |   |
|--|--|------|---|
| 同居家族   | 夫(パートナー)・子・実母・実父・義母・義父<br>きょうだい・その他( ) |      |   |
| 妊娠の診断を受けた医療機関  | 所在地<br>( ) 都・道・府・県<br>( ) 市・区・郡        |      |   |
| 妊娠週数   | 週( ) 月( ) 日                            |      |   |
| 出産(予定)医療機関   | 所在地<br>( ) 都・道・府・県<br>( ) 市・区・郡        |      |   |
| 分娩予定   | 年( ) 月( ) 日                            |      |   |
| 性病に関する健康診断   | ①受けた ②受けていない ③わからない                    |      |   |
| 結核に関する健康診断   | ①受けた ②受けていない ③わからない                    |      |   |
| 妊娠回数(今回を含めて)   | 回                                      | 出産回数 | 回 |
| <p>前回までの妊娠や出産の時、下記のことがありましたか。</p> <p>① いいえ</p> <p>② はい a. 流産 b. 早産 c. 胎内死亡 d. 胎児の異常 e. 妊娠糖尿病<br/>f. 高血圧症候群(高血圧・タンパク尿) g. 妊娠中に入院した<br/>h. 10 kg以上の体重増加 i. 2,500g未満の赤ちゃんを出産<br/>j. 3,800g以上の赤ちゃんを出産 k. 多胎 l. 帝王切開<br/>m. 子宮口の入口をしぼる手術をした<br/>n. その他( )</p> |  |      |   |

## 子育てサポートアンケート

☆三芳町ではみなさまに安心して子育てをしていただけるよう、妊娠中から支援をおこなっています。

この届出書について、保健師等から様子をうかがう場合がありますのでご了承ください。

|  |  |
|--|--|
| 1. 現在の妊娠は順調ですか。                        | ①はい<br>②いいえ(理由 )   |
| 2. 今回の妊娠がわかったときはどんなお気持ちでしたか。           | ①うれしかった<br>②予想外だったが、うれしかった<br>③予想外だったので、戸惑った<br>④困った<br>⑤なんとも思わない<br>⑥その他( )   |
| 3. 現在、結婚をしていますか。                       | ①既婚 a. 自分も夫も初婚                      b. 自分は初婚、夫は再婚<br>c. 自分は再婚、夫は初婚                      d. 自分も夫も再婚<br><br>②未婚 入籍予定は a. あり(時期は )<br>b. なし                      c. わからない |
| 4. 妊娠や育児の相談をできる人はいますか。                 | ①はい a. 夫またはパートナー    b. 実母    c. 実父    d. 義母<br>e. 義父    f. きょうだい    g. 友人<br>h. その他( )<br>②いいえ   |
| 5. 出産後、育児支援してくれる人はいますか。                | ①はい a. 夫またはパートナー    b. 実母    c. 実父    d. 義母<br>e. 義父    f. きょうだい    g. 友人<br>h. その他( )<br>②いいえ   |
| 6. 現在、「困っていること」「悩んでいること」「心配なこと」はありますか。 | ①なし<br>②あり a. 妊娠・出産・育児について    b. 経済的なこと<br>c. 夫婦(パートナー)関係のこと    d. 家族関係のこと<br>e. その他( )<br>※下記に内容をご記入ください。<br>( )  |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 7. 現在、タバコを吸いますか。                 | ①はい (                                  本／日)<br>②いいえ  |
| 8. 現在、夫(パートナー)や同居家族はタバコを吸いますか。   | ①はい a. 夫(パートナー)が吸っている (                                  本／日)<br>b. 同居家族が吸っている (                                  本／日)<br>②いいえ   |
| 9. 現在、アルコールを飲みますか。               | ①はい (1日                                  ml または                                  合)<br>②いいえ  |
| 10. 現在、お薬を飲んでありますか。              | ①はい(    )<br>②いいえ  |
| 11. 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なし<br>②あり 病名 心臓病・高血圧・慢性腎炎・肝炎<br>こころの病気(うつ病など)<br>その他(    )<br>いつ頃からですか(    年頃)<br>現在、治療中ですか( はい・いいえ ) |
| 12. 生まれた赤ちゃんとの生活を楽しめそうですか。       | ①はい<br>②いいえ(理由    )<br>③わからない  |
| 13. 生まれてくる赤ちゃんへの今の思いを自由にご記入ください。 |  |

今後の子育て支援事業を実施するにあたり、みなさまのご意見をいただき、よりニーズに即した事業を実施するため、この届出書の情報はすべて統合的に処理をいたします。出産・子育て支援以外の目的で使用することは一切ありません。また、統計処理の際に個人が特定されることは決してありません。

