妊娠届出書（兼転入者用妊娠届出書）

R7.3作成

交付日		交付番号	転入日
廿日市市	年　月　日		
前市（　　）	年　月　日		担当

ふりがな		個人番号（妊婦）	
妊婦氏名	S・H　　年　月　日生（満　　歳）		
ふりがな		電話	妊婦携帯　（　　）　－
夫氏名（パートナー）	S・H　　年　月　日生（満　　歳）		自　宅　（　　）　－ ﾊﾟｰﾄﾅｰ携帯（　　）　－
居住地	〒　　－ 廿日市市　　マンション・アパート名　（　　）		
妊娠週数	現在　　週	出生順位（妊娠中の子）	第　　子
分娩予定日（最終月経開始日）	R　年　月　日 （R　年　月　日）		
胎児心拍を確認した医療機関名	※医療機関記入	出産予定の医療機関名	廿日市市内・廿日市市外 県　　市
仕　事	１：ある　（　職業：　　）　２：ない		
妊婦飲酒	１：あり　２：なし　３：妊娠がわかってやめた	家族の喫煙状況	夫（パートナー）なし・あり（　　本/日）
妊婦喫煙	１：あり　２：なし　３：妊娠がわかってやめた		同居家族（　　）　なし・あり　（　　本/日）

1　妊娠を知ったときの気持ちに一番近いものはどれですか	①　うれしかった　②　驚いたがうれしかった ③　予想外でとまどった　④　うれしくなかった ⑤　特に何とも思わなかった
夫（パートナー）はどんな様子でしたか	①　うれしそうだった　②　とまどっていた ③　よくわからない　④　その他
2　生活が苦しかったり、経済的に不安がありますか	①　ない ②　ある（どのような：　　）
3　困ったときに相談できる人はいますか	①　いる　→　夫（パートナー）・　自分の親　・　夫（パートナー）の親 兄弟姉妹　・　友人　・　その他（　　） ②　いない
4　今までに心理的・精神的な事でカウンセラーや精神科医・心療内科医師などに相談したことがありますか	①　ない ②　ある（時期・理由など　　）
5　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　ない ②　ある（時期・病名など　　）
6　子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか	一番近いものに○をしてください ①　ある　②　なんとなくある　③　あまりない
7　不安なこと、あるいはこれから「不安になるかな」と思うことはありますか	①　ない ②　ある　→ご自身のこと・ご自身の精神面・家族の健康面・妊娠経過について・お腹の赤ちゃんのこと・出産について・産後の生活について・上の子の育児・仕事について・夫（パートナー）との関係・子育てのこと・その他（　　）
8　今回の妊娠について、不妊治療をしましたか	①　していない ②　した　→　不妊治療支援事業をご存知ですか はい　・　いいえ
9　この1年に、家族や親しい方が、亡くなったり重い病気や事故にあったことはありましたか	①　ない ②　ある（時期など　　）

同意書

①　このアンケートや今回交付する妊産婦健診受診券の結果により、妊婦さんの健康状態等について、市は医療機関と相互で情報共有します。これらは、保健事業及び統計調査以外の目的で使用する事はありません。

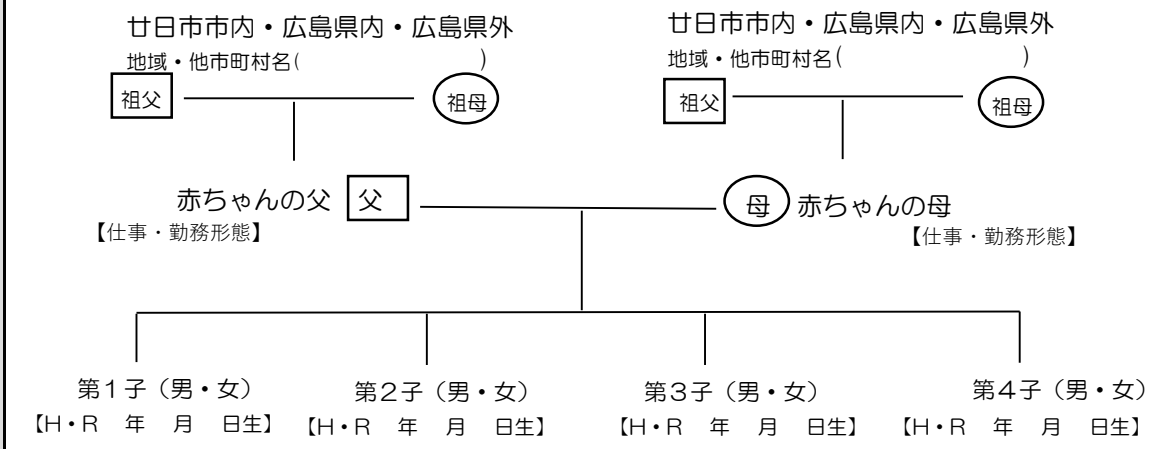
②　廿日市市では「こんにちは赤ちゃん訪問事業」として、出生後、すべてのお子さまを対象に担当地区の母子保健推進員（ママフレンド）が訪問し、子育てのための各種保健サービスを紹介します。

私は、上記について理解し同意します。　　署　名

★　親子（母子）健康手帳・親子（母子）健康手帳別冊は以下の場所で受け取ることができます　★

山崎本社みんなのあいプラザ内１階　廿日市市子育て応援室「ネウボラはつかいち」　（0829）30-9188

佐伯支所内1階　「ネウボラさいき」　（0829）72-1124
吉和支所内1階　「ネウボラよしわ」　（0829）77-2113
大野支所内1階　「ネウボラおおの」　（0829）30-3309
宮島支所内1階　「ネウボラみやじま」　（0829）44-2001

家族構成	

入籍	済・予定（　　年　　月頃）・予定なし その他（　　）	**つわり**	なし　・あり （　　）
今回の妊娠中の経過について	異常なし 貧血・妊娠高血圧症候群・糖尿病様症状・習慣性流産・切迫流早産・ その他（　　）	**過去の妊娠分娩について**	異常なし 貧血・妊娠高血圧症候群・糖尿病様症状・習慣性流産・切迫流早産・死産 その他（　　）
産後の生活場所	自宅・その他（　　）	**自宅へ帰る時期**	産後（　　）か月頃・（　　）月頃
子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか	①はい ②いいえ（　　）		

〔個人番号の取り扱いについて〕

（1）　個人番号は、法令に従い、母子保健法による妊娠の届出、親子（母子）健康手帳の交付、健康診査、訪問指導等に関する事務をするために必要な範囲で取り扱います。

（2）　個人番号受付の本人確認は、写真付身分証明書１点または写真のない身分証明書（被保険者証、税、社会保険料の領収書等２点）で確認します

※以下は記入しないでください

【親子健康手帳交付時】R　　年　　月　　日

目標	□安心して妊娠出産を迎えることができる □

R　年　月　日	R　年　月　日	R　年　月　日	R　年　月　日
TEL・訪問・来所・マタニティ	TEL・訪問・来所・マタニティ	TEL・訪問・来所・マタニティ	TEL・訪問・来所・マタニティ
面談者：母・父・（　　）	面談者：母・父・（　　）	面談者：母・父・（　　）	面談者：母・父・（　　）
面談目的	面談目的	面談目的	面談目的
担当（　　）	担当（　　）	担当（　　）	担当（　　）
次回予定	次回予定	次回予定	次回予定

□前市で妊婦のための支援給付または妊娠応援金（未・済）　□面談（妊婦・その他（　　））

□本市で申請書手交（未・済）