

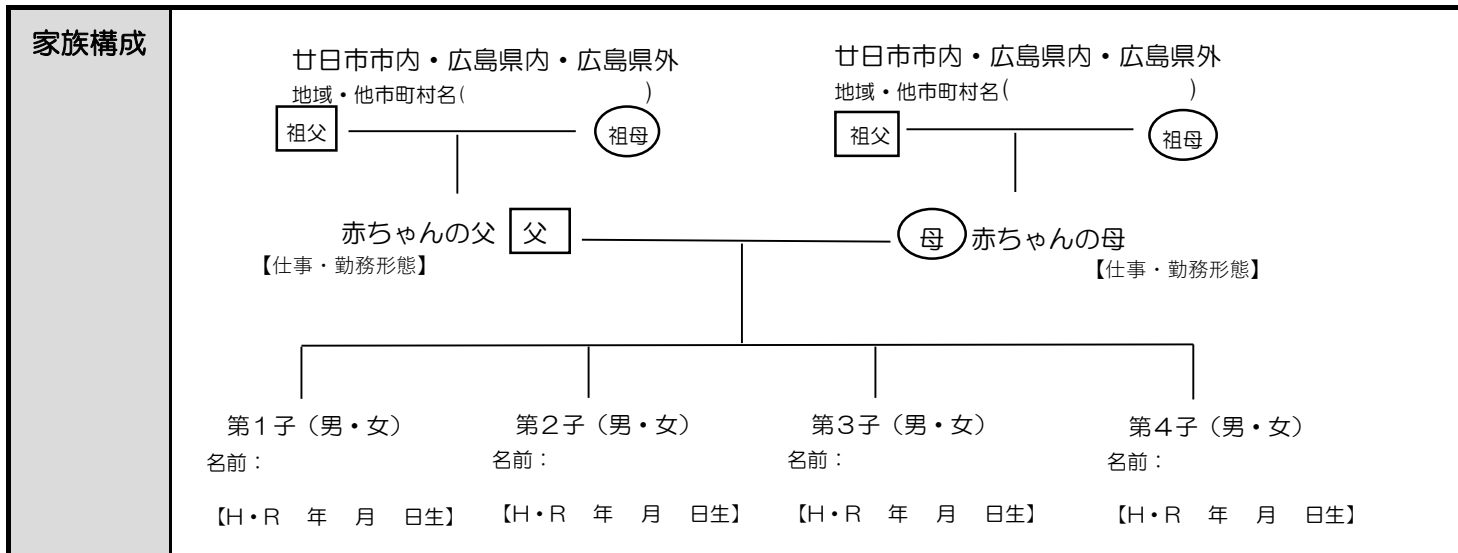
妊娠届出書

(兼 0歳～未就学児を持つ転入妊婦の届出書)
R8.4～

		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 ()	-		
子の父氏名 (夫、パートナー)	S・H	年 月 日生(満 歳)		自宅 ()	-		
				子の父携帯 ()	-		
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	病院または助産院名			分娩予定の 医療機関名	(県 市)		
	担当医師または助産師氏名						
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 大野支所内1階 「ネウボラおおの」 (0829) 30-3309
 吉和支所内1階 「ネウボラよしわ」 (0829) 77-2113 宮島支所内1階 「ネウボラみやじま」 (0829) 44-2001
 妊娠届出時、面談がありますので16時までの来所にご協力ください



入籍	済・予定 (年 月頃) ・予定なし その他 ()	つわり	なし ・ あり ()
-----------	-------------------------------	------------	----------------

今回の妊娠経過について	異常なし 貧血・妊娠高血圧症候群・妊娠糖尿病・ 習慣性流産・切迫流産 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・妊娠糖尿病・ 習慣性流産・切迫流産・死産 その他 ()
--------------------	---	--------------------	--

今回の妊娠で結核に関する健康診断を受けましたか	はい ・ いいえ	今回の妊娠で性病に関する健康診断を受けましたか	はい ・ いいえ
--------------------------------	----------	--------------------------------	----------

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】 年 月 日

目標	<input type="checkbox"/> 安心して妊娠出産を迎えることができる <input type="checkbox"/>
-----------	---

年 月 日	年 月 日	年 月 日	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

本市で申請書手交 (未・済) 面談 (妊婦・その他 ())

～以下転入妊婦の場合記入～

前市で妊婦のための支援給付または妊娠応援金 (未・済) きょうだい児の受診券交換
 きょうだい児の予防接種 (順調・停滞・不明) きょうだい児の健診 (済・未) きょうだい児のオムツ券交付