

# 妊 娠 届 出 書

兼) 転入妊婦健康診査受診票交付申請書

印西市長様

届出日 令和 年 月 日

届出者氏名 (続柄: )

ふりがな			生年月日(年齢)	昭和 平成	年 月 日(満 歳)
妊婦氏名					
個人番号(マイナンバー)			電話番号	妊婦さんの電話番号 ( )	
住所	印西市			その他の連絡先(夫・実父母・その他) ( )	
職業			職業形態	① 常勤 (今後仕事を続ける・やめる・未定) ② 非常勤 (今後仕事を続ける・やめる・未定)	
家族構成 (本人以外)	続柄	氏名	年齢	職業	健康状態
	夫・パートナー				
婚姻状況	① 婚姻済み ② 今後婚姻予定( 年 月頃) ③ 婚姻予定なし ④ 未定				
分娩予定日	年 月 日	妊娠週数	現在満 週	単胎・多胎( 胎)	
分娩経験	① なし ② あり( 回)	流・早・死産	① なし ② あり(流産 回・早産 回・死産 回)		
通院施設	施設名	所在地	都道府県	市区町村	
出産施設	施設名	所在地	都道府県	市区町村	
里帰り出産予定	① なし ② あり( 都道府県 市区町村) ③ 未定				
疾病歴	① なし ② あり(治癒・治療中) 内服中の薬 ① なし ② あり( )		妊娠高血圧症候群・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病 膠原病・精神疾患・その他( )		

【安心して妊娠期間を過ごし出産を迎えられるように支援します。以下の妊婦さんへのアンケートにご協力ください。】

現在の 気持ち や心配 こと につ いて	1 今回の妊娠をどのように受け止めていますか	① 嬉しい ③ やや嬉しくない ② やや嬉しい ④ 嬉しくない
	2 妊娠・出産に関して、大きな心配ごとや強い不安はありますか	① いいえ ② はい
	3 出産後に家事や育児を手伝ってくれる人はいますか	① はい ② いいえ
	4 夫(パートナー)には何でも相談しやすいですか	① はい ② いいえ
	5 実父母(あなたを育てた家族)を頼ることはできますか	① はい ② いいえ
	6 家族以外で、近くに相談できる人や場所はありますか	① はい ② いいえ
	7 生活が苦しかったり、経済的な不安はありますか	① いいえ ② はい
	8 出産に伴う費用は準備できそうですか	① はい ② いいえ
	9 心の状態は安定していますか	① はい ② いいえ
	10 今までに心の問題で精神科や心療内科に相談したことはありますか	① いいえ ② はい
	11 今までに不妊治療を受けたことはありますか	① いいえ ③ 今回 ② 以前 ④ 今回、以前とも
	12 【お子さんをお持ちの方】子育てに困難を感じていますか	① いいえ ② はい
喫煙について	本人 ① 吸わない ② 妊娠を機にやめた ③ 現在吸っている( 本/日)	
	家族 ① 吸わない ② 妊娠を機にやめた ③ 現在吸っている( 本/日)	
飲酒について	① 飲まない ② 妊娠を機にやめた ③ 現在飲んでいる(1日 ml程度)	
● 母子健康手帳・母子健康手帳別冊・産婦健康診査受診票・妊婦歯科健康診査受診票を受け取りました。		
● 妊娠・出産・子育ての期間を安心して過ごして頂けるように、妊婦健診未受診者やご本人と連絡が取れない場合など、必要に応じて妊娠届出書の内容について医療機関への情報提供や市の関係各課で利用する場合があることに同意します。		
氏名 _____		

受付者名	職種	保・助・看	別冊No.	産婦健診 受診票No.
交付場所	中央保健センター ・ 印旛保健センター 本笠保健センター その他( )		本人確認 書類 宛名番号(8桁)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他( )