

※ 届出日当日、必ずマイナンバーカードをお持ちください。
通知カードの場合は、本人確認書類もお持ちください。

マイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NO.

--

加古川市 妊娠届出書

妊婦	ふりがな	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	職業	
	氏名:					
	住所: 加古川市					
	電話:					
夫 または パートナー	ふりがな	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	職業	
	氏名:					
	電話:					
緊急 連絡先	ふりがな 氏名:	電話			続柄	実母・実父・義母・義父 その他 ()
出産 について	出産予定日	妊娠の診断を受けた施設 医療機関名: 医師名または助産師名:				
	年 月 日					
	妊娠週(月)数					
	満 週 (第 月)					
特記事項	単胎・多胎 (胎) ・その他					
妊婦支援 給付金に ついて	<input type="checkbox"/> 医療機関にて胎児の心音が確認できたため、子ども・子育て 支援法に基づく妊婦支援給付を受ける資格認定を申請します。		検査 について (妊娠後)	結核: <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない 性感染症: <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない		
	上記のとおり届出をします。 加古川市長 様 年 月 日 届出者氏名 続柄: 本人・夫・他 () 住 所 (上記住所と異なる場合は記入してください)					

◎ 届出の際は、妊娠届出書(両面)の太枠内を記入の上、母子健康手帳の交付を受けてください。

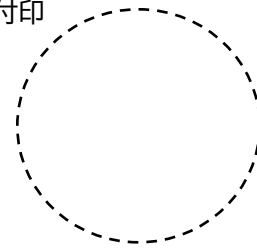
◎ この届出にかかる情報は、加古川市で管理し健康支援以外の目的では使用しません。

※ 加古川市記入欄

□通知カードで個人番号を確認した場合、本人確認書類を確認

交付年月日	年 月 日	禁煙指導	無・有
母子健康手帳	NO.	面接者	<input type="checkbox"/> 妊婦本人(同席者) <input type="checkbox"/> 本人以外 ()
交付者			
本人確認書類	1点確認: <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 () 2点確認: <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
委任状	※妊婦本人以外が妊娠届出した場合 <input type="checkbox"/> 提出あり (<input type="checkbox"/> 内容確認済)		

受付印



受付時間

:

妊娠おめでとうございます。加古川市では妊娠中をより健康に過ごしていただくため、保健師等による相談を実施しています。母子健康手帳交付時に相談を受けることができなかった場合等、後日、連絡させていただきます。

(妊娠満 週)

出産予定施設	施設名	実家	◆妊婦実家 市内・市外 (県 市・町) ◆夫実家 市内・市外 (県 市・町)
	所在地 市内・市外 (県 市・町)	里帰り	□予定あり → いつから (産前・産後) □未定 どこへ (妊婦実家・夫実家・その他) □予定なし
妊娠について	◆今回の妊娠について 回目 (流産・死産・中絶含む)	◆不妊・不育治療について □不妊治療をした □不育治療をした □治療はしていない	◆上の子について 人 (歳) (歳) (歳) (歳)
	◆今までの妊娠・出産の状況について □異常なし □妊娠高血圧 □帝王切開 □流産(回) □貧血 □低出生体重児 □中絶(回) □妊娠糖尿病 □乳児死亡 □早産(回) □その他 () □死産(回)	◆出産時の上の子の預かり先 □あり(実家・その他) □なし □未定	◆現在の婚姻状況について □既婚(初婚・再婚) □未婚(予定あり・なし・未定) □過去に離別や死別をした □夫・パートナーはいない □その他 ()
病気に ついて	◆今までに、病気で治療を受けたことがありますか □なし □ある →いつ頃 病名 (治療中(内服)・完治・その他) ◆今までに精神的なことで心療内科、精神科等に相談や受診をしたことがありますか (心療内科等での相談 有・無) □なし □ある →いつ頃 病名 (治療中(内服)・完治・その他) ◆障害者手帳等をお持ちですか □なし □ある(身体障害者手帳(級)・精神障害者手帳(級)・療育手帳(級)) ◆健康保険の加入先について □社会保険・共済保険 □国民健康保険 □医療扶助(生活保護受給) □母子家庭等医療助成を受けている		
育児に ついて	◆相談相手はいますか □いない □いる → 夫・実母・実父・義母・義父 きょうだい・友人・保健師 病院・保育所等・電話相談 SNS/インターネット・その他 ()	◆困った時に助けてくれる人はいますか □いない □いる → 夫・実母・実父・義母・義父 きょうだい・友人 その他 ()	◆夫・パートナーの勤務状況 □定時帰宅が多い □帰宅が遅いことが多い □夜勤・変則勤務 □出張等が多い・単身赴任 □無職・定職に就いていない
気持ちに ついて	◆妊娠がわかった時の気持ちで一番近い気持ちはどれですか □とてもうれしかった □予想外で驚いたがうれしかった □予想外で驚き戸惑った □困った □特に何とも思わなかった ◆ここ1年間に「涙ぐみやすい」「イライラする」「眠れない」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。 □よくある (どんな時?) □時々ある □あまりない □全くない		
嗜好品	◆タバコ 妊婦 □吸わない □吸う(1日 本) □妊娠を機にやめた 同居家族 □吸わない □吸う(誰が) →分煙している・していない	◆アルコール 妊婦 □飲まない □飲む(週に 回、1回に 合) □妊娠を機にやめた	
<p>〈同意欄〉 母子ともに健やかに安心して過ごしていただけるように、記載内容を関係機関や医療機関と共有させていただく場合があります。上記について同意します。</p> <p style="text-align: center;">妊婦署名 _____</p>			