

マイナンバー

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

NO.

| |
|--|
| |
|--|

加古川市 妊娠届出書

| | | | |
|--|---|--|----------------------|
| 妊婦 | フリガナ 氏名: | 生年月日 | 職業 |
| | 住所: 加古川市 | S・H 年 月 日 (歳) | |
| | 電話: 妊婦連絡先 : 夫(パートナー)連絡先 : 緊急連絡先 : | | (自宅・実母・実父・義母・義父・その他) |
| 夫 (パートナー) | フリガナ 氏名: | 生年月日 | 職業 |
| | | S・H 年 月 日 (歳) | |
| 出産 について | 出産予定日 | 妊娠の診察を受けた施設 施設名: 医師または助産師名: | |
| | 年 月 日 | | |
| | 妊娠週(月)数 満 週 (第 月) | | |
| 特記事項 単胎・多胎 (胎) ・その他 | | | |
| 検査 について | 妊娠してからうけた健康診断に○をつけてください 性病に関する検査 ・ 結核検査 | | |
| 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) | | | |

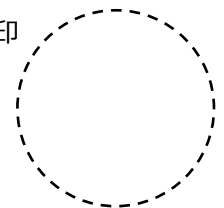
◎ 届出の際は、妊娠届出書(両面)の太枠内を記入の上、母子健康手帳の交付を受けてください。

◎ 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

| | | | |
|--------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| 交付年月日 | 年 月 日 | 禁煙指導 | 無 ・ 有 |
| 母子健康手帳 | NO. | 両親学級の案内 (初産のみ) | 可 ・ 不可 |
| 交付者 | | | |
| 面接者 | <input type="checkbox"/> 妊婦本人 (同席者) | 妊婦訪問 | 無 ・ 有 電話・訪問 (時期 月) |
| | <input type="checkbox"/> 本人以外 () | | |

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。

母子健康手帳No. 第 号 交付年月日 年 月 日 (妊娠満 週)

| | | | | |
|--|--|--|---|--------------------------------|
| 出 産 予 定 施 設 | 施設名 | 里 帰 り に つ い て | ◆妊婦実家 市内・市外 (県 市・町) | |
| | 所在地 | | ◆夫実家 市内・市外 (県 市・町) | |
| | 市内・市外 (県 市・町) | | □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 | ◆今回の妊娠は | ◆不妊・不育治療はしましたか | ◆現在、お子さんは | ◆出産時の上の子の預かり先 |
| | 回数 (流産・死産・中絶含む) | □不妊治療をした □不育治療をした □治療はしていない | 人 (歳) (歳) (歳) (歳) | □あり (実家・保育園・その他) □なし □未定 |
| | ◆今回を含むまでの妊娠・出産の状況について教えてください | | ◆現在の婚姻状況について | |
| | □異常なし □妊娠高血圧 □帝王切開 | | □既婚 (初婚・再婚) | |
| | □流産(回) □貧血 □低出生体重児 | | □未婚 (予定あり・なし・未定) | |
| | □中絶(回) □妊娠糖尿病 □乳児死亡 | | □過去に離別や死別をした | |
| | □早産(回) □その他 () | | □夫・パートナーはいない | |
| | □死産(回) | | □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 | | | |
| | □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 | ◆困った時に助けてくれる人はいますか | ◆夫・パートナーの勤務状況 | |
| | □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・幼稚園・電話相談 SNS/インターネット・その他 | □いない □いる →夫・実母・実父・義母 義父・きょうだい 友人・その他 () | □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 | | ◆今心配なことはありますか | |
| | □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 | | □ご自身の身体面のこと □仕事について □ご自身の精神面のこと □経済面について □お腹の赤ちゃんのこと □夫との関係 □妊娠の経過について □上の子について □出産について □近隣関係 □出産後の生活について □その他 () | |
| | ◆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。 | | ◆ご相談があればお書きください | |
| | □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 | | ◆アルコール | |
| | 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 | 妊婦 □飲まない □飲む (週に 回、1回に 合) □妊娠を機にやめた | |
| 〈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。 | | | | |
| | | | | 署名 _____ |