

※個人番号の記載がなくても届出可能です。

マイナンバー

12-digit My Number input box

NO.

NO. input box

# 加古川市 妊娠届出書

妊婦	ふりがな	生年月日	S・H 年 月 日	職業
	氏名:		( 歳)	
	住所: 加古川市			
電話: 妊婦連絡先 : 緊急連絡先 : (自宅・実母・実父・義母・義父・その他)				

夫 (パートナー)	ふりがな	生年月日	S・H 年 月 日	職業
	氏名:		( 歳)	
	電話:			

出産 について	<b>出産予定日</b>	<b>妊娠の診察を受けた施設</b> 施設名: 医師または助産師名:
	年 月 日	
	<b>妊娠週(月)数</b>	
	満 週 (第 月)	
<b>特記事項</b>		
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)

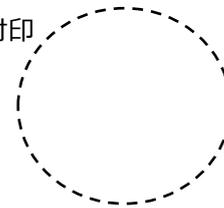
◎ 届出の際は、妊娠届出書(両面)の太枠内を記入の上、母子健康手帳の交付を受けてください。

◎ 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

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№ 第 号 交付年月日 年 月 日 (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)	
	所在地		◆夫実家 市内・市外 ( 県 市・町)	
妊娠について	市内・市外 ( 県 市・町)	里帰り	<input type="checkbox"/> 予定あり →いつから (産前・産後) <input type="checkbox"/> 未定 どこへ (妊婦実家・夫実家・その他) <input type="checkbox"/> 予定なし	
	◆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
病気にについて	回数 (流産・死産・中絶含む) <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 流産( 回) <input type="checkbox"/> 中絶( 回) <input type="checkbox"/> 早産( 回) <input type="checkbox"/> 死産( 回)	<input type="checkbox"/> 不妊治療をした <input type="checkbox"/> 不育治療をした <input type="checkbox"/> 治療はしていない	人 ( 歳) ( 歳) ( 歳) ( 歳)	<input type="checkbox"/> あり (実家・保育園・その他) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定
	◆今回を含む今までの妊娠・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	
育児について	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 流産( 回) <input type="checkbox"/> 中絶( 回) <input type="checkbox"/> 早産( 回) <input type="checkbox"/> 死産( 回)		<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> 乳児死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )		<input type="checkbox"/> 既婚 (初婚・再婚) <input type="checkbox"/> 未婚 (予定あり・なし・未定) <input type="checkbox"/> 過去に離別や死別をした <input type="checkbox"/> 夫・パートナーはいない <input type="checkbox"/> その他 ( )	
病気にについて	◆今までに、病気で治療を受けたことがありますか			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある →いつ頃 病名 (治療中(内服 )・完治・その他)			
病気にについて	◆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			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある →いつ頃 病名 (治療中(内服 )・完治・その他)			
病気にについて	◆障害者手帳等をお持ちですか			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (身体障害者手帳 ( 級)・精神障害者手帳 ( 級)・療育手帳 ( 級))			
病気にについて	◆健康保険の加入先について			
	<input type="checkbox"/> 社会保険・共済保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 医療扶助 (生活保護受給) <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → 夫・実母・実父・義母 義父・きょうだい 友人・その他 ( )	
育児について	◆夫・パートナーの勤務状況			
	<input type="checkbox"/> 定時帰宅が多い <input type="checkbox"/> 帰宅が遅いことが多い <input type="checkbox"/> 夜勤・変則勤務 <input type="checkbox"/> 出張等が多い・単身赴任 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> とてもうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった		(自分のこと) (家族等のこと) <input type="checkbox"/> 里帰り出産、産後の生活 <input type="checkbox"/> からだのこと <input type="checkbox"/> 経済面について <input type="checkbox"/> 住まい・生活環境	
気持ちについて	◆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。			
	<input type="checkbox"/> よくある (どんな時?) <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない			
嗜好品	◆タバコ		◆アルコール	
	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本) <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (誰が ) →分煙している・していない	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週に 回、1回に 合) <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた	◆その他、ご相談があればお書きください [ ]
〈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