

## 妊 娠 届 出 書

記入例

※太枠内の該当するところに記入、または○で囲んでください。

母子手帳番号：No. \_\_\_\_\_

宛名番号： \_\_\_\_\_

フリガナ	モバラ ハナコ		生年月日	昭・ <input checked="" type="radio"/> 平 元年 4 月 1 日生 ( 31 歳)
妊婦氏名	茂原 花子		職 業	会 社 員 (出産後の就労予定：有・無・不明)
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
夫の氏名	茂原 太郎 ( 32 歳)		夫の職業	会 社 員
住所	〒 297-0029 茂原市 高師3001番地			
電話番号	0000-00-0000 (日中連絡のとれる番号：XXXX-XXXX-XXXX)			
家族構成	子供 ( 1 人 ) ・ <input checked="" type="radio"/> 夫 ・ 義父 ・ 義母 ・ 実父 ・ 実母 その他 ( ) 計 3 人			
出産予定日	令和 Δ 年 11 月 11 日	分娩経験	無 <input checked="" type="radio"/> 有 ( 1 回)	
妊娠週数	満 8 週			
妊娠診断を受けた施設名	施設名 所在地 医師または助産師名	〇〇産婦人科 〇〇市〇〇町×××番地×× 〇〇 〇〇		
健康診断	今回の妊娠で性病の検査を受けましたか？		受けた ・ <input checked="" type="radio"/> 受けていない	
	今回の妊娠で結核の検査を受けましたか？		受けた ・ <input checked="" type="radio"/> 受けていない	
妊娠・分娩時の既往歴	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ⇒	流産 ( 回 ) ・ 早産 ( 回 ) ・ 死産 ( 回 ) ・ 妊娠高血圧症候群 人工妊娠中絶 ( 回 ) ・ 低体重児出生 ( 週 g ) ・ その他 ( )		
今までにかかった病気	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ⇒	それは現在治療中ですか？ <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ 結核・心臓病・腎臓病・高血圧・糖尿病・その他 ( ) メンタル <input checked="" type="radio"/> うつ病・統合失調症・パニック障害・その他の精神的病気 ( )		
心配なことや相談したいこと	無 ・ <input checked="" type="radio"/> 有 ⇒	〔 つわりがひどいです。 〕		
医療保険の種類	国保 ( 本人 ・ 家族 ) 社保 <input checked="" type="radio"/> 本人 ・ 家族 ) 共済 ( 本人 ・ 家族 )			
里帰り出産の予定	なし ・ 未定 ・ <input checked="" type="radio"/> あり ( 里帰り先 〇〇県 〇〇市 )			
上記のとおり届け出ます。 (宛名) 茂原市長 令和 Δ 年 4 月 1 日 届出人氏名： 茂原 花子 妊婦との関係： ( 本人 )				
備考	初 ・ 経 ( 交付担当： )			

# これからママになれるあなたへ

妊婦さんとご家族が安心して妊娠期から子育て期にかけて健やかに過ごせるように支援するため、以下のアンケートにご協力をお願いします。

- Q1. 妊娠に気づいたのは、いつ頃ですか？  週
- Q2. 今回妊娠を知った時、どのように感じましたか？  
 うれしかった  予想外で驚き戸惑った  
 困った  不安を感じた  何とも思わなかった  
理由：  予定していなかったため
- Q3. 今回の妊娠にあたって不妊治療を実施しましたか？  いいえ  はい (治療期間：  年)
- Q4. からだの状態は安定していますか？  
 はい  いいえ  どちらともいえない  
( つわりがある・ 疲れやすい・他  吐き気 )
- Q5. こころの状態は安定していますか？  
 はい  いいえ  どちらともいえない  
( 気分が沈む・ イライラする・ 眠れない・他 )
- Q6. 今までに心理的なあるいは精神的な問題で、  
カウンセラーや精神科医師または心療内科医師に  
相談したことがありますか？  
 いいえ  はい  
時期：  年頃  
内容：  不眠のため
- Q7. 生活が苦しかったり、経済的な不安はありますか？  ない  ある
- Q8. 出産に伴う費用は準備できますか？  はい  いいえ
- Q9. パートナーに治療中の病気はありますか？  いいえ  はい  パートナーがいない
- Q10. パートナーには何でも打ち明けることができますか？  はい  いいえ  パートナーがいない
- Q11. お母さん（実母）には何でも打ち明けることができますか？  はい  いいえ  実母がいない
- Q12. 出産や育児について相談できる人はいますか？  
 はい  いいえ  
「はい」の場合、それはどなたですか？  夫・ パートナー・ 実母・ 実父・ 義父母・ 友人・ 兄弟姉妹  
その他：
- Q13. 妊娠中や出産後に支援、協力してくれる人がいますか？  はい  いいえ  
「はい」の場合、それはどなたですか？  夫・ パートナー・ 実母・ 実父・ 義父母・ 友人・ 兄弟姉妹  
その他：
- Q14. 出産後の子育てに不安がありますか？  いいえ  はい
- Q15. アルコールは飲んでいますか？ あなたは？  いいえ  はい  
パートナーは？  いいえ  はい
- Q16. タバコは吸っていますか？ あなたは？  いいえ  はい  
パートナーは？  いいえ  はい
- Q17. 妊娠中・産後1年以内に転出する予定はありますか？  いいえ  はい
- Q18. (未入籍の方のみ) 今後入籍する予定はありますか？  はい  いいえ
- Q19. (現在お子さんをお持ちの方のみ) 子育てに困難を感じていますか？  いいえ  はい
- Q20. 陣痛時や病院へ入院の際に、対応できますか？  
 家族で対応可能  友人・知人で対応可能  
 時間帯によっては可能  対応不可(タクシー)
- Q21. 分娩施設（医療機関等）は、決定していますか？  はい (分娩施設：  )・ いいえ

ご記入頂いた内容は、個人情報として取り扱い、プライバシーをお守りいたします。また、保健師から子育てに関するサービスの情報提供等をご連絡・郵送させて頂く場合がありますのでご理解ください。

妊婦さん連絡先：  その他連絡先：  (続柄：  )