

妊 娠 届 出 書

※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			生年月日	昭・平 年 月 日生 (歳)
妊婦氏名			職 業	(出産後の就労予定：有・無・不明)
個人番号				
夫の氏名	(歳)		夫の職業	
住所	〒 ー ー 茂原市			
電話番号	ー ー (日中連絡の とれる番号 : ー ー)			
家族構成	子供 (人) ・ 夫 ・ 義父 ・ 義母 ・ 実父 ・ 実母 その他 () 計 人			
出産予定日	令和 年 月 日	分娩経験	無 有 (回)	
妊娠週数	満 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			
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 ・ 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 ・ 受けていない	
妊娠・分娩 時の既往歴	無 ・ 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 ・ 有 ⇒	それは現在治療中ですか？ 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 (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 ・ 有 ⇒	[]		
医療保険の種類	国保 (本人 ・ 家族) 社保 (本人 ・ 家族) 共済 (本人 ・ 家族)			
里帰り出産の予定	なし ・ 未定 ・ あり (里帰り先)			
上記のとおり届け出ます。 (宛名) 茂原市長 令和 年 月 日 届出人氏名： _____ 妊婦との関係： ()				
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：
- 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)
- 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：
- 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：)