

妊娠届出書

下記についてすべてご記入ください(裏面のアンケートもお願いします) 来所者【妊婦・夫(パートナー)・その他()】

フリガナ	生年月日		年齢	職業			
妊婦氏名	S H 年 月 日						
個人番号				正社員・パート・アルバイト フルタイム・交代制・その他			
※個人番号確認	個人番号通知カード・個人番号カード・その他 (職権)			同意 有 ・ 無			
フリガナ	生年月日		年齢	職業			
夫(パートナー)氏名	S H 年 月 日			正社員・パート・アルバイト			
婚姻形態	既婚(年 月頃)・入籍予定(年 月頃)・入籍時期未定・入籍しない・その他()						
住所	広陵町	町外転出予定	なし・あり (年 月頃) 転出先				
同居家族	配偶者(パートナー)・子ども・実母・実父・義母・義父・その他()						
妊婦本人の携帯電話	電話番号(妊婦以外)		()				
妊娠初診年月日	年 月 日	分娩予定日	年 月 日(確定・仮)				
妊娠週数	現在 週 (第 月)	性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない				
特記事項	多胎 (胎)	結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない				
診断を受けた医療機関			(都道府県)				
妊婦健診を受ける医療機関			(都道府県)				
分娩予定の医療機関			(都道府県)				
世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> わからない						
妊娠・出産経験	妊娠 : 初回 ・ () 回目	出産 : 初産 ・ 経産(出産回数 回)					
流産等の経験	なし ・ あり	流産(妊娠12週未満) 回	死産(妊娠12週以降) 回	中絶 回			
今回の妊娠	自然に妊娠 治療して妊娠 (治療期間: 年 ヶ月)						
今までの妊娠・ 出産の状況	第0子	第1子	第2子	第3子	第4子	以下、当てはまるものが あればご記入ください	
	出生体重	g	g	g	g		
	出生週数	週	週	週	週		妊娠高血圧症候群
	出産時の状況	正常/その他()	正常/その他()	正常/その他()	正常/その他()		妊娠糖尿病・貧血
	生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生		切迫流産 ・ 切迫早産
	現在の年齢	歳	歳	歳	歳		産後うつ
	現状状況	健康/その他()	健康/その他()	健康/その他()	健康/その他()		
今までにかかった 病気はありますか	1 なし 2 あり (あてはまるものに○印) 高血圧・腎臓病・糖尿病・心臓病・甲状腺の病気 リウマチ・子宮や卵巣の病気・不育症・うつ病・自律神経失調症・過換気症候群・不眠症 その他() 【 現在治療中・治療済 】						
お酒を飲んでいま すか	1 いいえ 2 はい (何を どのくらい) 3 妊娠までは飲んでいた ※2もしくは3の方 1 今後飲まない 2 妊娠中のみやめる 3 減らす(回数/■) 4 続けて飲む(何をどのくらい)						
たばこを 吸っていますか	1 いいえ 2 はい(電子・紙、1日 本、場所:室内・室外) 3 妊娠までは吸っていた(電子・紙、1日 本) ※2もしくは3の方 1 今後吸わない 2 妊娠中のみやめる 3 減らす(1日 本に) 4 続けて吸う(1日 本)						
身近な人でたばこを 吸う人がいますか	いいえ ・ はい (同居の家族 ・ 職場関係 ・ その他)						
視覚障害	なし ・ あり	聴覚障害	なし ・ あり				
里帰りされる予定が ありますか	いいえ ・ はい(里帰り先住所) ・ 未定						

必要に応じ妊婦・乳幼児の健康管理のために上記情報を関係機関に情報提供すること、および本人に電話等で状況を確認することに同意します。

上記のとおり届出します。 年 月 日 届出者氏名 (続柄)

※本人又は代理人確認(個人番号カード・運転免許証・パスポート・保険証・その他)

アンケート		■記入もしくは当てはまるものに○をつけてください。	
☆このアンケートへの回答は『出産・子育て応援給付金』申請にも必要です。			
1	あなたの気持ちと夫(パートナー)の気持ちについて下記より選んでご記入ください。(複数回答可)		
	あなた	妊娠を知った時() 今の気持ち()	夫(パートナー) 妊娠を知った時() 今の気持ち()
1 とても嬉しかった 2 嬉しかった 3 特に何も思わなかった 4 うれしくない 5 困った 6 その他			
2	夫(パートナー)には、何でも話ができますか	1 はい 2 いいえ	
3	自分の親には、何でも話ができますか	1 はい 2 いいえ	
4	あなたが悩んだ時に相談にのってくれる人や機関はありますか		1 はい(下記該当者に○) 2 いいえ
	1 夫(パートナー) 2 自分の親 3 夫(パートナー)の親 4 兄弟姉妹 5 友人 6 近所の人 7 産科医療機関 8 保健師 9 電話相談 10 インターネット 11 その他()		
5	妊娠中や出産後に、手助けをしてくれる人はいますか		1 はい(下記該当者に○) 2 いいえ
	1 夫(パートナー) 2 自分の親(府県 市町村) 3 夫(パートナー)の親(府県 市町村) 4 兄弟姉妹 5 友人 6 近所の人 7 その他()		
6	過去に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありましたか		
	1 いいえ 2 はい		
7	あなたは夫(パートナー)との関係で悩んでいることはありますか		
	1 いいえ 2 はい		
8	今、何か心配なことや不安なことなどありますか		1 特になし 2 ある(下記該当に○)
	1 妊娠の経過 2 出産のこと 3 自分の健康のこと() 4 子育ての仕方 5 上の子の育児 6 自分や夫(パートナー)の親のこと 7 経済的なこと 8 近所親戚つきあい 9 育児への周囲の協力 10 仕事に関すること 11 その他()		
9	広陵町の妊婦歯科健診を希望しますか		1 しない(下記該当に○) 2 する
	1 気になることがない 2 現在、歯科医院通院中 3 定期的に歯科医院を受診している 4 その他()		
10	広陵町のパパマクラスへの参加を希望しますか		1 しない 2 する

ご協力ありがとうございました。

スタッフ記入欄

受付者	母子手帳番号	補助券番号
今後の支援 : 無・有 ⇒ 電話(予定日・分娩施設・その他) 訪問・病院との連携 連絡日(/) (/)		
<input type="checkbox"/> 心身の状態		
<input type="checkbox"/> 分娩・入院準備、手段		
<input type="checkbox"/> 産後の支援 <input type="checkbox"/> 新生児訪問・予防接種		

申請書渡し済み 受け取り済み 給付済み