

妊娠届出書 [□転入手続]

以下の内容について記入してください。

フリガナ		生年月日	年齢	職業
妊婦氏名		年 月 日生		①無 ②有()
フリガナ		生年月日	年齢	職業
配偶者氏名 (パートナー)		年 月 日生		①無 ②有()
住所	香芝市 ※居住地が異なる場合 ()	同居している 家族構成		本人・夫・実父・実母・義父・義母 子ども(年齢) その他()
電話番号	① - - 自宅・携帯() ② - - 自宅・携帯()	平日連絡 がとれる 時間		曜日 時 ~ 時
分娩予定日	令和 年 月 日	妊娠週数 週	多胎有無	①単胎 ②多胎(胎)
出産経験	①初産 ②経産	妊娠回数	妊娠 回目	出産回数 回 流産経験 自然 回、人工 回
妊娠の診断を受け た医療機関の名称		県内・県外	死産経験	回(週)
定期健診を受ける 医療機関等の名称		県内・県外	里帰り分娩 の有無	①はい(年 月頃まで 里帰り 県) ②いいえ
分娩を予定する 医療機関の名称		県内・県外		

以下の質問に当てはまる番号に○をつけてください。

1 今回の妊娠は不妊治療による妊娠ですか	①はい ②いいえ
2 今回の妊娠は計画妊娠ですか	①はい ②いいえ
3 今までの妊娠・出産の状況はいかがでしたか	①異常なし ②低出生体重児(2,500g以下) ③異常あり ア)帝王切開 イ)妊娠高血圧症候群 ウ)切迫流早産 エ)子癇発作 オ)妊娠性糖尿病 カ)その他()
4 現在治療中の病気はありますか	①はい(病名) ②いいえ
5 過去に以下の病気にかかったり、経験したなど、該当するものはありますか	①なし ②貧血 ③心臓病 ④高血圧 ⑤慢性肝炎 ⑥糖尿病 ⑦B型肝炎 ⑧C型肝炎 ⑨膠原病 ⑩子宮疾患 ⑪卵巣疾患 ⑫甲状腺疾患 ⑬心の病気 ⑭その他() 病気の内容 ()
6 今までに心理的・精神的なことで精神科、心療内科等に相談したことがありますか	①はい(内容) ②いいえ
7 嗜好品はありますか	
たばこについて	①もともと吸わない ②妊娠前にやめた ③妊娠がわかってやめた ④吸っている(本/日)
喫煙の意志について	①やめる ②妊娠中のみやめる ③減らす ④吸い続ける ⑤やめたいが自信がない
同居のご家族にたばこを吸う方はいますか	①はい →夫・父・母・その他() ⇒1日の本数()本/日 ②いいえ
お酒について	①飲まない ②妊娠がわかってやめた ③飲む()
8 妊娠がわかって嬉しいですか	①とてもうれしかった ②うれしかった ③予想外だったがうれしかった ④特になんとも思わなかった ⑤予想外だったので戸惑った ⑥困った ⑦その他
9 妊娠中や出産後に相談や協力してくれる人はいますか	①はい(誰) ②いいえ

10 夫には何でも打ち明けることができますか	①はい ②いいえ ③夫（パートナー）がいない
11 実母には何でも打ち明けることができますか	①はい ②いいえ ③実母がいない
12 出産後の滞在先について	①自宅 ②妊婦実家（ 県 市 町 村 ） ③夫実家（ 県 市 町 村 ） ④その他（ ）
13 今回の妊娠前、1年以内に性病に関する健康診断を受けましたか	①はい ②いいえ
14 今回の妊娠前、1年以内に結核に関する健康診断を受けましたか	①はい ②いいえ
15 今までに子宮がん検診を受けたことがありますか	①はい（妊娠中・妊娠前） ②いいえ
16 食事は3食きちっと食べていますか	①はい ②いいえ（ 食）
17 あなたの心身の状態はいかがですか	①よい ②ふつう ③悪い（具体的に ）
18 今心配なことに○をつけてください（複数回答可）	①妊娠の経過 ②出産のときのこと ③子育ての仕方 ④上の子の育児 ⑤病気のときの対応 ⑥自分自身の健康面（ ） ⑦夫・パートナーとの関係 ⑧経済面 ⑨育児への周囲の協力 ⑩仕事 ⑪その他（ ）

同意・誓約事項 □にし点をつけてください。

母子の健康を守るために、必要時は「児童福祉法」に基づき、関係課及び医療機関等と情報共有することに同意します。

「予防接種法」に基づく定期予防接種の案内のため、関係課に情報提供することに同意します。

【個人番号の利用目的について】妊婦の個人番号は、母子保健法施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法による保健指導、訪問指導、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付等に関する事務で使用します。この個人番号は、当該事務において必要がなくなった場合や法令による一定の保存期間が経過した場合は速やかに破棄します。

以上を同意の上、妊娠を届出します。

香芝市長 届出人住所

届出人氏名 (妊婦との続柄：)

妊婦個人番号（マイナンバー）

〈職員記入欄〉

届出日				母子健康手帳交付番号				妊婦健診番号				宛名番号			
令和 年 月 日															
担当校区								妊婦支援給付金（1回目）							
下・五・旭・鎌・関・二・志・真東・真西・三								<input type="checkbox"/> 窓口で申請 <input type="checkbox"/> 後日申請予定							
本人の確認書類								転入のみ（転入日 令和 年 月 日）							
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他()								母子健康手帳交付日 令和 年 月 日 前住所地で妊婦支援給付金交付 <input type="checkbox"/> 有(1回目・2回目) <input type="checkbox"/> 無							
同伴者								さしかえした補助券 基本券 回目～ 回目 追加券 枚							
夫・実母・義母・子(歳)・その他()								RSワクチン接種 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(対象外・封筒手渡し)							
要支援 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> () 支援 No								前回支援 無・有							
上記について確認いたしました。															
香芝市児童福祉課長				印				主幹				印			
								受付				印			