

妊娠届出書 (健康診査受診票・補助券等の交付申請及び受領書)

差し替え (月 日)
転入 (市・町)

(妊婦)個人番号					母子健康手帳番号	
妊婦	氏名(ふりがな)	年齢	生年月日	職業	電話番号	
		()歳	昭和・平成 年 月 日		(*日中つながりやすい番号をご記入ください)	
夫 (パートナー)			婚姻形態	職業	電話番号	
		()歳	既婚・未定・ 入籍予定(あり・なし)		(*日中つながりやすい番号をご記入ください)	

■ 妊婦さんについて、ご記入ください

住所	府中市	アパート・マンション名	(市記入欄)
	町		
産後1か月間の 滞り場所(予定)	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 未定 (住所) _____ (電話) _____ (様方) _____		
健康保険の 種類	国保・社保・その他()		
家族構成 (該当に○)	夫(パートナー)・子(人)・義父・義母・実父・実母・その他()		
妊娠の診察を 受けた医療機関		出産予定の場所・名称	<input type="checkbox"/> 左記と同じ
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	現在 週 (か月)

■ 妊娠や出産歴や、経過についてご記入ください

今回の妊娠・出産について、心配なことや相談したいことがありますか	いいえ・はい()			
妊娠回数(今回の妊娠を含め)	(出産回数)	(流産回数)	(死産回数)	(中絶回数)
回	回	回	回	回

(経産婦の方) これまでの出産経過についてご記入ください。

※ これまでの妊娠・出産や育児で、気がかりなこと等あれば「その他」にご記入ください(例: 切迫で安静が必要だった、赤ちゃん返りが心配等) ↓

お子さんの 名前	生年月日	在胎週数	出生体重	出産場所	その他
	年 月 日 (歳)	週	g		
	年 月 日 (歳)	週	g		
	年 月 日 (歳)	週	g		
	年 月 日 (歳)	週	g		

妊娠中または出産後、市外へ転出する予定がありますか	いいえ・はい()	裏面もご記入 ください ➡
妊婦・乳児健診を、広島県外で受ける予定がありますか	いいえ・はい()	
(ひとり親家庭の方) 児童扶養手当を受給していますか	いいえ・はい()	

ご記入いただいた内容を基に、安心して妊娠・育児期を過ごしていただけるよう、相談や乳児全戸訪問等の母子保健事業や他機関との連携を通じて妊娠・育児を支援させていただきます。この目的以外で、個人情報を利用することはありません。

上記のとおり妊娠届出書の申請し、受診票などを受領しました。また個人情報の取り扱いについて同意します。

令和 年 月 日 (届出者)氏名 _____ (続柄 _____) 説明済み

【委任状】 私は、届出及び受診券などの受領を次の者に委任します。
 (委任する人) 妊婦の氏名 _____ 印 *自署又は記名及び捺印
 (委任を受けた人) 住所 _____
 氏名 _____ 印 妊婦との関係() _____

🌸 妊娠おめでとうございます 🌸

府中市では、妊婦さんの健康と赤ちゃんの健やかな成長を支援できるように、アンケートのご協力をお願いしています。

妊娠していることがわかって、今の気持ちはいかがですか。	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 驚いたが嬉しい <input type="checkbox"/> 予想外でとまどっている <input type="checkbox"/> 困る <input type="checkbox"/> 不安や負担が大きい <input type="checkbox"/> その他()
夫(パートナー)は、妊娠を知った時どんな様子でしたか。	<input type="checkbox"/> 嬉しそうだった <input type="checkbox"/> 驚いたが嬉しそうだった <input type="checkbox"/> 戸惑っていた <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他()
現在のあなたの体調はどうですか。	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> つわりがある <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他()
あなたはたばこを吸っていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた <input type="checkbox"/> はい 1日に()本
同居の家族でたばこを吸う人がいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (どなたですか)
あなたはお酒を飲んでいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠がわかってやめた <input type="checkbox"/> はい 1日に()ml
妊娠中の喫煙や飲酒がおなかの赤ちゃんに悪影響を与えることを知っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
今までの妊娠・出産・産後の経過について、特記することがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →下記の該当項目に○をしてください(複数回答可) 妊娠: 不妊不育治療・切迫流産・妊娠高血圧症・その他() 出産: 緊急帝王切開・出血が多かった・その他() 産後: 身体のしんどさ・気分の落ち込み・心配なことが多かった・その他()
今までにかかった病気・現在治療中の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →下記の質問にもお答えください →どのような病気ですか。 高血圧・糖尿病・腎臓病・心臓病・肝臓病・甲状腺疾患・ こころの病気・その他() →いつごろですか。 ()年頃 治癒・治療中・経過観察中・放置 →利用している制度があれば○をつけてください 自立支援医療 手帳(身体・療育・精神保健)
この1年の間に、2週間以上続く右のような気分や症状はありますか。	<div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; text-align: center;"> 眠れない・何もやる気がしない・涙ぐみやすい・イライラする </div> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→()月ごろ・現在
ご自身のことや家族のことで、現在困っていること、悩んでいること、不安なことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→下記の該当項目に○をしてください(複数回答可) ご自身の健康・おなかの赤ちゃんのこと・出産に関すること・ 上の子の育児・夫婦(パートナー)関係・実父母や義父母のこと・ 仕事・酒・薬・ギャンブル・借金・精神的または身体的暴力・その他
悩みを話せる人が身近にいますか。	<input type="checkbox"/> はい(どなたですか) <input type="checkbox"/> いいえ
今までに心の悩みなどで、カウンセラーや精神科医などに相談したことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→()月ごろ・現在
妊娠中から産後にかけて援助してくれる人がいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →協力者: 夫・実父・実母・義父・義母・その他()
赤ちゃんとの生活が楽しみですか。	<input type="checkbox"/> 楽しみ <input type="checkbox"/> 楽しみではない <input type="checkbox"/> 分からない
あなたは子どものころから愛情を受けて育ったという実感がありますか。	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
経済的な不安がありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ある
あなたは、市町の保健センターやネウボラなどのサポートによって、安心して妊娠・出産・子育てができますか。	<input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思う <input type="checkbox"/> どちらかといえばそう思わない <input type="checkbox"/> そう思わない <input type="checkbox"/> わからない
その他に、心配なこと、知りたいことなどがありましたらご記入ください。	<div style="border: 1px solid gray; height: 40px; width: 100%;"></div>

ご協力ありがとうございました。