

妊 娠 届 出 書

No

桂川町長 殿

年 月 日届出

妊婦氏名 (住民票に記載している氏名)		個人番号	保険区分	身長	妊娠前の体重	BMI
ふりがな			国 健 共 生 他 保 保 済 保 ()	cm	kg	※保健師・助産師記入
		生年月日	職業			
		S H 年 月 日 歳				
居住地(住民票がある住所)		夫・パートナーについて		電話番号		
桂川町		ふりがな		妊婦携帯	- -	
		氏名				
		生年月日		妊婦以外の方 続柄()	- -	
		S H 年 月 日 歳				
妊娠週数	出産予定日	妊娠の診断を受けた医療機関名		出産予定の医療機関・助産院名		
週	年 月 日					

～妊婦さんにお尋ねします～

赤ちゃん訪問や健診、教室、予防接種などの事業を通じ、お母さんと赤ちゃんが安心して生活できるようにお手伝いしています。よりよいサポートのために、下記のアンケートにご協力ください。なお、今後妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援のため町から関係機関(庁内関係課・医療機関・転出入先の市町村)に対し必要な情報を提供することに同意いただける場合は下記の欄にご署名ください。

ご署名欄

太い黒枠口をご記入ください

今までの健康状況	① 現在、治療中の病気がありますか いいえ・はい () 内服 無・有 ()			現在の家族構成 (妊婦さんからみた続柄)		
	② 今までにかかった病気や、治療中の病気はありますか いいえ・はい (心臓病・腎臓病・肝炎・高血圧・糖尿病・貧血・その他)			続柄	氏名	年齢
	③ 今までに精神的なことで、カウンセラーや心療内科、精神科に相談したことがありますか いいえ・はい ()					
	③ 今までに精神的なことで服薬をしたことがありますか いいえ・はい ()					
	④ 今までに入院をしたことがありますか いいえ・はい (いつ 診断名)					
生活習慣	① 喫煙 無・妊娠中やめた 有 (本/日)	家族歴	血のつながった家族(実父母・祖父母・兄弟姉妹)で次の病気の方はいますか。			
	② 飲酒 無・妊娠中やめた 有(何を どの位)		無・有 糖尿病 (どなた)			
	③食事の回数 (1日 回)		高血圧 (どなた)			
			心臓病 (どなた) 腎臓病 (どなた)			
妊娠出産状況	妊娠回数 回目	出産回数 回目	不妊治療(今回) 有・無			
	① 今回の妊娠中に、おなかの赤ちゃんやあなたの体のことについて、医師から何か問題があると言われたことがありますか いいえ・はい ()					
	② 以前の妊娠・出産に関して、下記のようなことがありますか つわり 貧血 流産・早産・死産 人工妊娠中絶 妊娠高血圧症候群 妊娠糖尿病 帝王切開 その他()					
生活環境	① 産後に協力してくれる人はいますか			はい(夫・実母・義母・その他)・いいえ		
	② 困った時に相談する人はいますか			はい・いいえ		
	③ 生活が苦しかったり、経済的に不安がありますか			いいえ・はい		
	④ 桂川町に何年お住まいですか (年 か月)			転出予定 無・有 (いつ頃)		
	⑤ 出産前後に、里帰りする予定はありますか			いいえ・はい (期間)		
その他	妊婦実家 県 市・町・村 / 夫実家 県 市・町・村					
	① 妊娠がわかったときの気持ちで一番近い気持ちに○をしてください。 1 とても嬉しかった 2 予想外で驚いたが嬉しかった 3 予想外でとまどった 4 困った 5 特になんとも思わなかった ② 今回の妊娠で不安なこと、心配なことがありましたらご記入ください。					

●個人番号確認書面

☐個人番号カード ☐番号通知カード ☐住民票(番号記載有) ☐その他()

●本人確認書面

<1点確認書面>

☐個人番号カード ☐住基カード(写真付)☐運転免許証、運転経歴証明書 ☐旅券 ☐身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者

☐在留カード、特別永住者証明書 ☐その他()