

親子健康手帳 交付番号	
----------------	--

# 妊娠届出書

<転入の場合のみ>転入日	月	日	
母子手帳交付日	年	月	日
妊婦健診	回目	～	

個人情報の利用について：平成28年1月より、個人番号の利用が開始され、妊娠届出時に個人番号の記入が必要になりました。母子保健施行規則に基づき収集・管理を行い、母子保健法に基づく親子健康手帳の交付、健康診査、訪問指導、保健指導、低体重児の届出に関する事務で使用します。届出時に個人番号を確認できる書類を持参していない場合には、住民基本台帳ネットワークシステムにより個人番号を確認させていただきます。

住所	五條市	固定電話	0747-	-	/ なし
----	-----	------	-------	---	------

市外転出予定：なし / あり（ 年 月頃 都道府県 市区町村）

フリガナ		<生年月日>	<職業>	<実家住所地>
妊婦氏名		年 月 日 (満 歳)		都道 市町 府県 村区
個人番号			携帯番号	- -
フリガナ		<生年月日>	<職業>	<携帯番号>
夫(パートナー)		年 月 日 (満 歳)		- -
婚姻形態	既婚（結婚年月： 年 月（ 歳）） / 未婚（入籍予定 無 ・ 有 月頃）			

## <家族構成>

妊婦との続柄	氏名	生年月日（満年齢）	職業	健康状態	備考
		年 月 日（ 歳）		良・否	
		年 月 日（ 歳）		良・否	
		年 月 日（ 歳）		良・否	
		年 月 日（ 歳）		良・否	
		年 月 日（ 歳）		良・否	

現在の妊娠週数	週（前回の受診日： 月 日）	分娩予定日	年 月 日
妊娠歴	回目*（うち流産 回・死産 回・中絶 回）*初めての妊娠は1回目		
不妊治療	無・有（開始時期： 年 月頃から）		
出産歴	回（うち早産 回）	2500g以下の出生	無・有（ 回）
今までの妊娠・出産の状況	子宮外妊娠・妊娠性糖尿病・妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）・帝王切開（ 回） 切迫流産/早産・その他（ ）		
妊婦健診を受ける医療機関の名称	（ 都道 市町 府県 村区）		
分娩予定の医療機関の名称	（ 都道 市町 府県 村区）		

今回の妊娠に関する健康診断の受診状況	性病検査	済・未受診	結核検査	済・未受診
既往歴	高血圧・腎疾患・糖尿病・肝炎・心臓病・甲状腺の病気・心の病気 その他（ ）			
手術歴	無・有（病名： 時期： ）			
現在妊娠以外で通院や服薬をしていますか	いいえ・はい（病名、症状）			
現在、アルコールを飲みますか	いいえ・はい（1日 を mL）			
現在、タバコを吸いますか	いいえ・禁煙した（ 年 月頃から）・はい（1日 本）			
身近な人で喫煙者はいますか	いいえ・はい（同居家族・職場関係・その他： ）			

裏面もご記入ください

<産前・産後の予定>

就労	産前	無・有（内容： _____ ）		
	産後復帰予定	無・有（時期： _____ ）	育児休業	無・有（期間： _____ ）
里帰り	無・有（期間：産前 _____ 産後 _____ ）			
	住所：	都道府県 _____	市町村 _____（ _____ 様方）	電話番号 _____ - _____
妊娠中の教室などの案内を送付してよろしいですか				はい ・ いいえ

今回の妊娠を知ったときに、どのようなお気持ちでしたか。（複数選択可）

- ①うれしい ②希望通り ③想定外 ④とまどった ⑤びっくりした ⑥産むか迷った（迷っている）  
⑦何もおもわない ⑧うれしくない ⑨その他（ \_\_\_\_\_ ）

今、からだの状態は安定していますか。

- ①はい ②いいえ 強いつわり・切迫流産・むくみ・貧血・その他（ \_\_\_\_\_ ）

今、こころの状態は安定していますか。

- ①はい ②いいえ 眠れない・イライラする・すぐ涙がでる・その他（ \_\_\_\_\_ ）

ストレス発散できずのためこむほうですか。

- ①いいえ ②はい 解消法（ \_\_\_\_\_ ）

あなたが悩んでいるときに相談にのってくれる人や機関はありますか。（複数回答可）

- ①夫（パートナー） ②自分の親 ③パートナーの親 ④兄弟 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（ \_\_\_\_\_ ）  
⑫誰もいない

産後、手助けをしてくれる人はいますか。（複数回答可）

- ①夫（パートナー） ②自分の親 ③パートナーの親 ④兄弟 ⑤友人 ⑥近所の人  
⑦その他（ \_\_\_\_\_ ） ⑧誰もいない

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病気のとときの対応  
⑥自分自身の健康面（ \_\_\_\_\_ ） ⑦家族の健康面（ \_\_\_\_\_ ）  
⑧夫・パートナーとの関係 ⑨あなたや夫・パートナーの親のこと ⑩経済面 ⑪近所・親戚付き合い  
⑫育児への周囲の協力 ⑬仕事 ⑭その他（ \_\_\_\_\_ ）

今後、安心して妊娠中を過ごしたり、出産を迎えるために、お電話で状況をお伺いすることがあります。

電話の繋がりがやすい曜日・時間帯を教えてください。

曜日（月・火・水・木・金・土・日） 時間帯（9時～12時・12時～13時・13時～16時 / いつでも）

ご協力ありがとうございました。

母子の健康や健全な育成のため、健診結果や健診の中断、流産等の周産期医療情報について、市町村と医療機関が情報共有することに同意します。

個人番号に関わる事務手順について説明を受け、同意します。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妊婦氏名

五條市長 殿

（代理人氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_））

記入は以上です。ありがとうございました。

届出本人確認  個人番号カード  運転免許証  パスポート  その他（ \_\_\_\_\_ ）

受付者：

