



妊娠届出書

マイナンバー確認

本人確認

(本人 代理人)

母子健康手帳交付のため、マイナンバー確認書類と本人確認できるものをお持ちください。

※母子健康手帳番号：第		号	※妊娠届出年月日：		年	月	日(妊娠	週)	
妊婦	ふりがな 氏名	マイナンバー							
	職業	昭和・平成 年 月 日生(歳)							
	住所	今働いている方(常勤 ・パート ・その他) 以前働いたことがある(常勤 ・パート ・その他) 働いたことはない							
夫 (パートナー)	ふりがな 氏名	電話：()					妊婦携帯：()	家族携帯：()	続柄：()
世帯主	ふりがな 氏名	(マンション名・号数までご記入ください)							
里帰り先	住所	昭和・平成 年 月 日生(歳)					職業 (日勤・交替)		
	世帯主名	妊婦との続柄					職業		
出産について	(出産予定日) 年 月 日	電話() -					妊婦との続柄		
今までにかかった病気	なし・あり【 糖尿病・高血圧・腎臓病・心疾患・貧血・その他() 】	医療機関名：					分娩予定機関： 同上 ・ 別 ・ 未定 (機関名)		
妊娠回数	(流産・死産・中絶含む) 今回を含め	回							
現在の妊娠経過	特に問題なし 貧血 切迫流産 切迫早産 悪阻 多胎 その他()								
過去の妊娠経過	特に問題なし 妊娠高血圧症候群 貧血 切迫流産 切迫早産 流産()回、 早産()回、 死産()回、 中絶()回								
今までに不妊治療を受けられたことはありますか	あり【今回・以前 → タイミング・排卵誘発・人工授精・体外受精・その他()】 なし								
今までに 生まれた子ども	健康()人、 未熟児()人、 死亡()人、 その他()人 第1子：H・R . . 生、()週()g、 男・女 第2子：H・R . . 生、()週()g、 男・女 第3子：H・R . . 生、()週()g、 男・女 〔備考〕								
妊娠後の健康診断	(梅毒検査) うけない・うけ	(HB抗原検査) うけない・うけた	(結核検査) うけない・うけた						
(あて先) たつの市長 年 月 日 届出者 住所 氏名	上記のとおり届け出ます。 妊婦との続柄()								

たつの市では、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、妊娠中からの支援を行っています。その際の参考とするため、以下の質問の当てはまる項目に○または記入をお願いします。

- 御記入いただいた内容については必要時、医療機関や子育て応援センターと情報共有することがあります。
- 保健師・栄養士・助産師による健康相談を実施しています。お気軽にご相談ください。
(母子健康手帳交付時に健康相談を受けられない場合は、後日、連絡させていただくことがあります。)

① 妊娠を知ったときのお気持ちはどうでしたか

(うれしかった・驚いたがうれしかった・戸惑い・特に何も思わなかった・その他〔 〕)

② タバコを吸いますか (いいえ・はい → 本/日くらい→禁煙しようと思えますか はい・いいえ)

③ 家族の誰かがタバコを吸いますか (いいえ・はい →誰が)

④ アルコールを飲みますか (いいえ・はい →時々飲む・ほぼ毎日飲む → 本・合/日)

⑤ 朝食を食べていますか (食べている・抜くことがある →つわりで食べられない・食べる習慣がない)
朝食はどのような内容ですか

主食 (ご飯・パン・麺) 主菜 (魚・肉・卵・納豆・ハム・ウインナー) 副菜 (野菜・芋・きのこ・海藻)
その他〔 〕

⑥ 1日3食、料理は誰が作りますか (自分・夫・義母、実母・その他〔 〕)

⑦ 妊娠が分かってから気をつけている食品がありますか (ない・ある〔種類 〕)

⑧ 体重コントロールが気になりますか (いいえ・はい)

⑨ 便秘が気になりますか (いいえ・はい)

⑩ 精神的なことでカウンセラーや心療内科、精神科などに相談や受診をしたことがありますか

(ない・ある →)

⑪ 妊娠・出産・育児の相談相手

(いない・いる → 夫(パートナー)・実母・実父・義父・義母・兄弟姉妹・友人・その他〔 〕)

⑫ 出産後、育児の協力者

(いない・いる → 夫(パートナー)・実母・実父・義父・義母・兄弟姉妹・友人・その他〔 〕)

⑬ あなた自身は、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか

(ある・なんとなくある・あまりない・ない)

⑭ 子どもの頃、あなたの父母はどのように接してくれましたか

(優しくった ・ 甘えさせてくれた ・ 怖かった ・ 厳しかった ・ あまり遊んでもらった記憶がない
父母以外の人に育てられていた ・ その他〔 〕)

⑮ 学生の頃のあなたの生活はどうでしたか

(楽しかった ・ 普通 ・ 何とも言えない ・ 楽しくなかった ・ つらかった ・ 思い出したくない)

⑯ 現在お子さんのいる方へ 兄/姉についての思いはどうですか

(かわいい ・ 時々イライラする ・ かわいくない ・ 発育や発達のことで心配なことがある
その他〔 〕)

⑰ 夫(パートナー)のあなたへの接し方はどうですか

(優しい ・ 普段からよく会話している ・ 育児や家事に協力的 ・ 育児や家事に非協力的
あまり会話がない ・ 怖い、厳しい ・ 手を挙げられたことが一度でもある ・ その他〔 〕)

⑱ あなたの家族に現在治療や介護が必要な病気や障害がありますか

(ない・ある → 夫(パートナー) ・同居者 ・自身の両親 ・その他〔 〕)

⑲ 不安や悩みはありませんか (なし ・ あり)

身体面のこと 精神面のこと 妊娠経過について おなかの赤ちゃんのこと 出産について
出産後の生活について 上の子の育児について 夫(パートナー)との関係 妊娠中と産後の食事
仕事について 経済的なこと その他何でもご自由にお書きください

[]

・たつの市では生後2か月と1歳時に行う「こんにちは赤ちゃん訪問」を、たつの市母子・健康推進委員会に委託し、保健関係の書類のお届けと赤ちゃんの様子をお伺いしています。

お子さんの氏名等を提供する事に同意しますか。

(同意します ・ 同意しません)

(同意が得られなかった方は、その他の方法で対応します)

(署名 _____)

※市記入欄

※

面接者

(/) 0・1・2・3 担当者