

個人番号															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

妊娠届出書

母子健康手帳交付番号
NO.

フリガナ		昭和・平成		職業 ・なし (以前の職種) ・あり(職種)	
妊婦氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
居住地	富田林市	日中連絡がつく 電話番号			
転居・転出予定	なし・あり(平成 年 月頃) { : 都道府県 市区町村へ転出予定 : 富田林市 へ転居予定 }				
入籍について	既婚・未婚【入籍予定 なし・あり(平成 年 月頃入籍予定)】 変更後の名字()				
妊娠月数(週数) 予定日	か月(満 週) 予定日: 月 日	診断を受けた病院名		分娩予約	生活保護の受給 なし あり
		出産する病院名		未/済	
妊娠・出産について	今回の妊娠 : 初めて・(回目) 今回の出産 : 初めて・(回目)		里帰り出産の予定: なし あり(府内・府外)		
性感染症に関する 健康診査(※1)	受けた・受けていない		結核に関する健康 診査(※2)	受けた・受けていない	
喫煙習慣	妊婦	もともと吸わない・妊娠してからやめた・吸っている			
	夫 パートナー	もともと吸わない・禁煙中・(屋外で・別室で・同室で)吸っている → 禁煙の意思 有・無			
飲酒習慣(妊婦)	もともと飲まない・妊娠してやめた・時々飲む・ほとんど毎日飲む				
上記のとおり届出します。 <個人情報について> 年 月 日 富田林市長様 ※本市市民であることを住民基本台帳で確認させていただきますのでご了承ください。 ※妊娠届出書及びアンケートをもとに、子育て世代包括支援センター(保健センター及びこども未来室)において支援に必要な情報を共有し、子育て支援業務(健康・育児相談、マタニティ教室案内、保育士訪問など)を実施しております。市より、ご本人やご家族の健康面などについて様子をお伺いすることもありますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。					
届出人氏名 *届出者が妊婦以外の場合: 夫 祖父母 その他()					

(※1) 血液検査を受けたか否かによって記入すること。(妊娠初期の血液検査: 梅毒・HIV抗体検査等)

(※2) 1年以内に胸部レントゲン検査を受けたか否かによって記入すること。

発行窓口使用欄

受付者	保育所訪問	個人番号確認 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ⇒下に✓する。			
	<input type="checkbox"/> 了承	妊婦	【番号確認】 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他		
住基確認	※必要者のみ 助産制度説明		【本人確認】		
<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 済		1点: <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 写真付学生証・社員証 <input type="checkbox"/> 写真付資格証明書で氏名生年月日又は住所記載あり <input type="checkbox"/> その他		
※同伴者が いる場合のみ			2点: <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児扶手・特児扶手証書 <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> 診察券		
夫・パートナー 実母・実父 義母・義父 兄弟・友人 子ども()人 その他()	※必要者のみ 禁煙指導		<input type="checkbox"/> 写真なし身分証明証 <input type="checkbox"/> 公共料金の領収証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 住民票写し		
	<input type="checkbox"/> 済	代理人の本人確認	<input type="checkbox"/> 済み(妊婦同様)		

妊娠・子育て支援のためのアンケート

富田林市では、妊婦さんと赤ちゃんの健康を願い、妊娠中から様々なサポートを行っています。妊娠届出書及びアンケートをもとに、子育て世代包括支援センター(保健センター及びこども未来室)において支援に必要な情報を共有し、子育て支援業務(健康・育児相談、マタニティ教室案内、保育士訪問など)を実施しております。市より、ご本人やご家族の健康面などについて様子をお伺いすることもありますので、ご理解のほどよろしくお願いいたします。

妊婦氏名	
------	--

代理人氏名 _____ 続柄 ()

フリガナ		生年月日	S / H 年 月 日 (歳)	職業	
夫 パートナー 氏名		住所	妊婦と別の場合のみ記入 都道 市区 府県 町村		

① 今回の妊娠について教えてください。

- ・パートナーと話し合って妊娠した
- ・話し合わない予想外の妊娠だったがうれしい
- ・話し合わない予想外の妊娠で戸惑い悩んでいる

}	理由→上の子がまだ小さい、経済難、仕事、望んでいなかった、 妊娠したことを誰にも言えない、その他()
---	--

③ 同居されている方はいますか？

- ・いない
- ・夫(パートナー)
- ・子ども()人
- ・実父
- ・実母
- ・義父
- ・義母
- ・その他()

③ 妊娠、出産、育児について相談できる人はいますか？

- ・いない
- ・あまりいない
- ・はい → 誰? 夫(パートナー)・実母・実父・義母・義父・友人・その他()

④ 出産後、育児を協力してくれる人はいますか。

- ・いない
- ・あまりいない
- ・はい → 誰? 夫(パートナー)・実母・実父・義母・義父・友人・その他()

里帰りの予定はありますか？	・はい → いつ 産前 / 産後 ~ か月ごろまで
	・いいえ → 産後、自宅へ来て手伝ってくれる人はいますか? ・いいえ ・はい(誰)

実家	(富田林市) / 市外()	義実家	(富田林市) / 市外()
----	----------------	-----	----------------

⑤ 下記の病気にかかったことがありますか？

- ・ない
- ・ある → 下記の該当項目に○をつけ、受診状況欄をご記入ください
- ・高血圧
- ・糖尿病
- ・心臓病
- ・甲状腺疾患
- ・自律神経失調症
- ・うつ病(産後うつを含む)
- ・パニック障害
- ・その他()

相談・受診状況	・()年前から相談、受診している→病院等名()
	・()年前に完治
	・受診していない→()年前から 理由()

⑥ 妊婦さん自身は愛されて育ったと思いますか？

- ・はい
- ・どちらとも言えない
- ・いいえ

⑦ 今まで家族や自身のことで、見たり経験したことがあるもの全てに○をつけてください。

- ・ない
- ・暴力を見た
- ・暴言を見た
- ・性的暴力を見た
- ・暴力を経験した
- ・暴言を経験した
- ・性的暴力を経験した
- ・十分なお世話をしてもらえなかった
- ・話したくない

⑧ 夫やパートナーからDV(暴力)を受けたことがありますか？

- ・ない
- ・どちらとも言えない
- ・ある → 下記の該当項目に○をつけてください
- ・身体的暴力
- ・暴言や無視
- ・お金を渡さない等経済的暴力
- ・性行為の強要
- ・友人との交流を制限する等行動の監視
- ・その他()

⑨ その他、妊娠・子育てなどでご相談がありましたら、お聞かせください。

- ・特になし
- ・家族の協力が得にくい
- ・職場の理解が得にくい
- ・家族の病気(誰)
- ・経済難(健診や出産費用、生活費に困っている)
- ・上の子のこと
- ・その他()

☆ご協力ありがとうございました。