

妊 娠 届 出 書

年 月 日

(宛先)山武市長

届出者氏名

妊婦本人	(ふりがな)	(生年月日) 昭和 ・ 平成 年 月 日 (満 才)		
	(氏名)	(職 業)	(個人番号)	
	(住民登録している住所) 山武市		(自宅電話)	
	(実際に住んでいる所)		(本人携帯)	
	(加入している健康保険) 国保・社保・その他	(自動車免許) 有 ・ 無	(自動車保有) 有 ・ 無	(メールアドレス)
夫または パートナー	(ふりがな)	(生年月日) 昭和 ・ 平成 年 月 日 (満 才)		
	(氏名)	(職 業)	(健康状態) 健康・(疾患名:)	
	(住民登録している住所)		(電話・緊急連絡先)	
	(加入している健康保険) 国保・社保・その他	(自動車免許) 有 ・ 無	(自動車保有) 有 ・ 無	(メールアドレス)
	未婚の方、 入籍の予定	なし ・ あり(年 月 頃)		
県外の医療機 関での受診	なし ・ あり ※県外の医療機関での受診をご希望の方は、病産院名の所在地と電話番号もご記入ください			
妊娠の診断 を受けた施 設等	医療機関名	分娩予定の施設	医療機関名	
	医師または助産師名		所在地	
	保健指導 受けた ・ 受けていない		電話 ()	
分娩 予定日	年 月 日	妊娠週数	現在 満 週	

Ⅰ. これまでの妊娠・出産等についてお聞きます。

1. 初産 ・ 経産(回)
2. 低体重児の出産歴 なし ・ あり(g)
3. 流産(回)・死産 (回)・早産(回)
4. お子さんはいらっしゃいますか ()人(歳 男・女)(歳 男・女)(歳 男・女)(歳 男・女)(歳 男・女)

Ⅱ. あなたの健康状態、ご家族、生活習慣についてお聞きます。

5. 過去や現在、継続しての通院や服薬などがありますか 通院(はい いいえ) 服薬(はい いいえ)
疾患名()
6. 右記の手帳をお持ちですか 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳
7. 1年以内に結核に関する健康診断を受けましたか(胸部レントゲン) はい いいえ
8. あなたは、タバコを吸いますか 吸わない 吸う(1日 本) やめた
妊娠を期にやめようと思っている
9. 同居者で喫煙している方はいますか いいえ はい(1日 本)
10. あなたは、お酒を飲みますか 飲まない 飲む(1日 を ml) やめた
妊娠を期にやめようと思っている
11. 血縁者に糖尿病の方はいますか いいえ はい(本人 父 母 兄弟姉妹 他)
12. 近々、引っ越しする予定はありますか いいえ はい(市町村名:)

※裏ページへ続く

Ⅲ. 今回の妊娠・出産・育児についてお聞きします	
13. 妊娠に気づいたのは、いつ頃ですか／初診はいつですか	月 日頃 / 月 日
14. 妊娠を知ったときの気持ちはいかがでしたか	とてもうれしかった 予想外で驚きとまどった 特に何とも思わなかった 予想外で驚いたがうれしかった 困った 産みたくない
15. 今回の妊娠についてお聞きします	自然に妊娠 治療して妊娠(治療法:)
16. 今回の妊娠で血液検査(性病など)を受けましたか	はい いいえ
17. 妊娠したことで、職場や学校等で問題はありますか	ない ある ()
18. 現在お仕事をされていますか、産後はどのような予定ですか	現在働いていて、産後も産休・育休取得後は、仕事を続ける予定 現在働いているが、妊娠を期に退職の予定 現在働いていないが、産後はすぐに働く予定 現在働いていない、産後もすぐに働く予定はない
19. 妊娠・出産にかかる費用など、経済的な不安がありますか	ない ある
20. 妊娠や出産にあたって、不安に思っていることはありますか	仕事との両立 自分の病気の時の対応 パートナーとの関係(経済・失業・暴力等) 親族とのつきあい ママ友達とのつきあい その他()
21. 妊娠中、夫またはパートナー以外に相談できる人がいますか	はい(誰) いいえ
22. 妊娠・分娩・産後の生活をするのに(夫またはパートナー以外に)支援者、協力者がいますか	はい(誰) いいえ
23. あなたの实家はどちらですか 実家に里帰りする予定はありますか	県 市町 ある ない(理由:)
24. あなた自身は、子どものころから愛情をう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
25. 出産後の子育てに自信が持てず不安がありますか	ない ある どちらともいえない
26. 今までに心理的、精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師に相談したことがありますか	いいえ はい(いつ頃:) (内 容:)
27. この1か月、気分が沈んだり、憂鬱(ゆううつ)な気持ちになったりすることがよくありましたか	いいえ はい
28. この1か月、物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	いいえ はい
29. 産後うつ病について、知っていますか	はい いいえ
Ⅳ. 利用したいサービスについてお聞きします。	
30. 妊娠中、パパママサロン(マタニティスクール)を受けようと思いますか	はい(産院・市役所) いいえ
31. 上のお子さんの育児相談のご希望はありますか	なし あり()
32. 産後に利用したい有料サービスはありますか	ショートステイ ヘルパー デイケア なし 助産師訪問
33. 今、無戸籍児やDVなどの社会問題が取り上げられていますが、今後、生活を送る上で何か不安なことはありますか	子どもが無戸籍になる可能性 → ある・ない 夫婦・家族関係(DVなど)についての不安 → ある・ない その他 具体的に:
◎ 安全な出産を迎えるため、必要時には山武市が医療機関等の関係機関や転入転出先市町村と個人情報と共有することについて同意いたします	署名

◆未成年の未婚の方は下記もご記入ください◆

保護者の同意はありますか	はい いいえ(理由:)
育てる気持ちはありますか	はい いいえ(理由:)
あなた以外の連絡先について	氏名()本人との関係()電話 ()

◆転入され方は以下のどちらかに☑してください(妊婦のための支援給付に関する質問)◆

☐ 妊婦のための支援給付を受ける資格を有することの申告と認定の申請
☐ 前住所地()で1回目の支給を受けました

市記入欄
◆妊婦歯科健診申込書配付 有・無 ◆第 子妊娠