＜妊娠届の記入上の注意＞

①住民登録又は外国人登録されている氏名・世帯主氏名を記入してください。

②夫(パートナー)の氏名を記入してください。

③電話番号は、必ず連絡のつく電話番号(自宅・携帯電話どちらでも可)を記入してください。

④妊娠週数を記入してください。妊娠月数がわからなければ、妊娠週数のみで結構です。

⑤健康診断の有無がわからない場合は、「受けない」に〇をつけてください。

⑥医師氏名・助産師氏名がわからない場合は、医療機関名を記入してください。

⑦妊娠回数は出産回数ではなく、死産・流産等を含めた妊娠回数を記入してください。

妊 娠 届 出 書

市町村5年保管

			※母子健康手帳交付番号 第　　号		
フリカナ			世帯主氏名		
妊婦氏名			夫の氏名		
年齢	歳 (　年　月　日生)	職業		※※国籍	
				※※外国人登録地	
住居地				妊娠週数 (妊娠月数)	第　週 (第　月)
	電話番号　(　方　荘)			分娩予定日	平成　年　月　日
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無				受けた・受けない	
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無				受けた・受けない	
診断または保健指導を受けたときは その医師　・　助産婦氏名			医師氏名		
			助産婦氏名		
妊　娠　回　数				初回・その他（　回目）	

上記届出致します。

平成　年　月　日

行田市長　様　　申請者氏名　　(続柄　)

妊婦ご本人が申請の場合、以下のアンケートにご記入をお願いします。

行田市では、みなさまが安心して子育てをしていけるように、妊娠中から応援したいと考えています。

なお、ご記入いただいた内容は、個人情報として保護しますので安心してご記入ください。

・あなたの体調はいかがですか。　・よい　・ふつう　・よくない　・疲れやすい　・眠れない

・妊娠されてのお気持ちはいかがですか。・嬉しい　・戸惑った　・嬉しくない　・ホッとした　・その他【　】

・産後生活する場所はどこですか。　・同上　・その他【　】

・出産や育児のことを相談できる人や協力してくれる人はいますか。　・はい【　】　・いいえ

・今までに大きな病気をしたことがありますか。　・はい【　】　・いいえ

・今までの妊娠・出産において特別な問題はありましたか。　・はい【　】　・いいえ

・今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医または心療内科医に相談したことがありますか。　・はい　・いいえ

・妊娠、出産、育児についてご心配なことがありますか。【　】

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・キ　リ　ト　リ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

行田市では、妊娠･出産･育児に関する相談事業を行っています。ご相談がある場合は、気軽に保健センターまでご連絡下さい。　また、妊娠中や赤ちゃんが生まれた頃に保健センターから連絡することもあります。

行田市保健センター　母子担当　TEL 048(553)0053