

妊 娠 届 出 書

市町村5年保管

個人番号			※母子健康手帳交付番号 第		号
フリガナ			世帯主氏名		
妊婦氏名			夫の氏名		
年 齢	(年 月 日生)	職業		※※国籍	
				※※外国人登録地	
住所地	行田市		妊娠週数 (妊娠月数)	第	週
	携帯電話 — —		分娩予定日	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 ・ 受けていない		
今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無			受けた ・ 受けていない		
診断または保健指導を受けたときは		医師氏名			
その医師・助産師氏名(又は医療機関名)		助産師氏名			
妊 娠 回 数			初回 ・ その他(回目)		
上記届出致します。					
年 月 日					
行田市長 様		申請者氏名		(続柄)	

※裏面のアンケートもご記入をお願いします。

.....キ リ ト リ.....

行田市では、みなさまが安心して子育てしていけるように、妊娠中から応援したいと考えています。妊娠・出産・育児・その他様々な相談事業を行っています。ご相談がある場合には、お気軽にご連絡ください。また、保健センターではこんにちは赤ちゃん事業（家庭訪問）を行っています。妊娠中や赤ちゃんが生まれた頃に、保健センターから妊娠届出書の電話にご連絡させていただくことがあります。

行田市保健センター TEL 048(553)0053

アンケートにご記入をお願いします。

※アンケートの内容は、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。

〔記入者：妊婦、夫、その他〕

※記入者をご家族の場合は、わかる範囲でご記入ください。

- ① 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
 ・その他()
- ② 妊娠されてのお気持ちはいかがですか。 ・嬉しい ・予想外で驚いたが嬉しかった ・予想外で驚き戸惑った
 ・困った ・嬉しくない ・ホッとした ・その他()
- ③ 今回の妊娠について。
 ・自然に妊娠した ・治療して妊娠した(タイミング療法 ・薬物療法 ・人工授精 ・体外受精 ・顕微授精)
- ④ 県外医療機関で妊婦健診を受ける予定はありますか。 ・あり(医療機関名) ・なし
- ⑤ 出産を予定している施設はどこですか。 ・現在受診医療機関 ・里帰り()
 ・まったく決まっていない
- ⑥ 産後生活する場所はどこですか。 ・自宅 ・実家() ・その他()
- ⑦ 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
- ⑧ 今までに大きな病気や手術をしたことがありますか。 ・はい() ・いいえ
- ⑨ 現在、服薬をしていますか。 ・はい() ・いいえ
- ⑩ 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
- ⑪ 今までに心理的、または精神的な問題で、カウンセラーや精神科医、心療内科医に相談したことがありますか。
 ・はい() ・いいえ
- ⑫ お酒、たばこ、その他の依存性のある物がなくては困ることがありますか。 ・はい() ・いいえ
- ⑬ あなた自身は子どもの頃から愛情を受けて育った実感がありますか。 ・はい ・どちらともいえない ・いいえ
- ⑭ どの健康保険に加入していますか。 ・国保 ・社保 ・その他()
- ⑮ 生活する上で、経済的な心配がありますか。 ・はい() ・いいえ
- ⑯ 妊娠、出産、育児、その他ご家族について、心配なことがありますか

()

交付番号	第	号	母子健康手帳交付日	
ふりがな 妊婦氏名				
生年月日	年	月	日	(歳)
夫氏名	(生年月日 年 月 日) (未婚)(入籍予定 あり・なし)			
住所	行田市			
携帯電話	-	-		
分娩予定日	年	月	日	妊婦の職業
妊娠週数	週	妊娠回数 (回目)	出産回数 (回)	
病院名				
			受付者	
			助産師名	