

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		
妊娠氏名			夫の氏名		
年齢	(年 月 日生)	歳	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 (第月)
	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 その医師・助産師氏名(又は医療機関名)		医師氏名 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。

母子保健法第15条の規定により上記のとおり届けます。

※下記に同意していただける場合は、レ点を入れてください。

- 出産の支援のため、必要な場合は、妊娠届出書・アンケートの内容等について、自治体、関係機関が情報共有することに同意します。(19条第2項、22条第3項)
- 国の「妊娠判定のための初回産科受診料助成事業」を行うにあたり、所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意します。

届出者 氏名 _____ 妊婦本人・夫(パートナー)・その他()

住所(本人の場合は省略可)

妊娠届出時アンケート

お名前 _____
 生年月日 昭・平 年 月 日 (峰歳)
 出産予定日 令和 年 月 日 (妊娠 週)
 連絡先 - -

夫 (ハ-ト-ケ-) のお名前 _____

妊娠のご職業 _____

妊娠回数 回目 出産回数 回

妊娠・出産についての相談や情報提供を行うために、アンケートのご協力をお願いします。

※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。

※別紙「妊婦のための支援給付金に係る妊婦給付認定申請及び胎児の数の届出兼給付金支給請求書」と併せてご提出ください。

※市記入欄 交付番号: 第

号 母子健康手帳交付日:

- 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 出産するまでに市外へ転出する予定はありますか。 ·はい(時期: 転出先:) ·いいえ
- ⑦ 産後生活する場所はどこですか。 ·自宅 ·実家(母方 市 ·父方 市) ·その他()
- ⑧ 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
- ⑨ 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
- ⑩ 現在、服薬をしていますか ·はい() ·いいえ
- ⑪ 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
- ⑫ 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
- ⑬ お酒、たばこ、その他、常用している嗜好品がありますか。
 ·はい (お酒 · たばこ · サプリメント · その他) ·いいえ
- ⑭ 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
- ⑮ どこの健康保険に加入していますか。 ·国保 ·社保 ·共済 ·その他()
- ⑯ 生活する上で、経済的な心配がありますか。 ·はい() ·いいえ
- ⑰ 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
 []

受付者:



＜お問い合わせ＞ 行田市こども家庭センター 048-579-8033