

# 妊娠届出書

※太枠のみ記入してください。

		個人番号																			
ふりがな																生年月日	昭和・平成		年	月	日
妊婦氏名																(満 歳)					
																電話番号	( )		-		
職 業																国籍	日本 ・ その他 ( )				
居 住 地	阿波市 町 番地																				
※団地、住宅、マンション、アパートなどの部屋番号まで詳しく書いてください。																					
ふりがな																生年月日	昭和・平成		年	月	日
配偶者氏名 (パートナー)																(満 歳)					
																電話番号	( )		-		
職 業																居住地	同上・その他 ( ) 市・町・村				
里帰り予定	しない ・ する (令和 年 月頃から令和 年 月頃まで) ・ 未定 連絡先 ( ) - ( ) 様方 ( ) 市・町・村																				
転出予定	しない ・ する (転出先: 市・町・村) ( ) 月頃～ ・ 未定																				
出産予定日	令和 年 月 日 ※わからない場合は最終月経 年 月 日																				
現在の妊娠週数	妊娠 ( ) 週																				
診断・保健指導 を受けた病院名																医 師 および 助産師の氏名	医 師	助産師			
性病に関して、今までに健康診断を受けたことがありますか。																			ある ・ ない		
結核に関して、今までに健康診断を受けたことがありますか。																			ある ・ ない		
上記のとおり届け出ます。 また、妊婦一般健康診査受診票の再発行はできないことに同意します。																					
令和 年 月 日																					
阿波市長 様																					
届け出した者の氏名															印						

以下は職員記入欄 受付職員 ( )

母子手帳交付番号 ( - ) <input type="checkbox"/> 入力 ( / )		子宮頸がん検診交付番号 ( - )	
妊娠届出書の受付 ( 年 月 日) 母子手帳交付 ( 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> クーポン <input type="checkbox"/> 受診済 ( / ) <input type="checkbox"/> 確認	
個人番号記載	本人確認		代理人の場合
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 個人番号カードの提示		<input type="checkbox"/> 委任状
無の場合は経緯	<input type="checkbox"/> 通知カードの提示+		<input type="checkbox"/> 妊婦ご本人の個人番号カードまたは通知カード
( )	運転免許証・パスポート・健康保険証・年金手帳・ その他 ( )		<input type="checkbox"/> 代理人の運転免許証・パスポート・ その他 ( )

# マタニティ質問票

家族歴	血のつながりのある方で、下記の病気の方がいれば、( ) 内に続柄を記入してください。 糖尿病 ( ) ・ 高血圧 ( ) ・ 心臓病 ( ) ・ 腎臓病 ( ) 妊娠高血圧症候群 ( ) ・ その他【 ( ) 】				
体 格	あなたの出生体重	2,500g未満 ・ 2,500～3,999g ・ 4,000g以上 ・ わからない			
	妊娠前の身長 ( cm) 体重 ( kg) BMI ( ) ※BMIは記入不要				
既往歴	貧血・高血圧・糖尿病・腎疾患・心臓病・生理不順・子宮等の病気・多嚢胞性卵巣症候群・甲状腺機能亢進症				
	抗リン脂質抗体症候群・第XII因子欠乏症・プロテインS欠乏症・プロテインC欠乏症・その他 ( )				
歴	今までに、精神的なことで心療内科、精神科等に相談や受診をしたことがありますか 無・有 ( )				
現病歴	無・有 (病名: )		内服中の薬		無・有 (薬の名前: )
出 産 歴	出産 ( ) 回		流産 ( ) 回		死産 ( ) 回 早期新生児死亡 ( ) 回
	氏 名	症状・病名		パートナー	※この枠は記載不要
	生年月日			子ども ( ) 人	
	第1子 氏名	妊娠高血圧症候群・高血圧		家 族 構 成 ( )	
		妊娠糖尿病・高血糖・尿糖			
第2子 氏名	尿蛋白・貧血・羊水過多症				
	常位胎盤早期剥離				
第3子 氏名	その他 ( )				
生 活 の 様 子	生 活 リ ズ ム	※ 下の例のように、食事◎、間食△、睡眠時間  をご記入ください。 0時 3時 6時 9時 12時 15時 18時 21時 24時  例 0時 3時 6時 9時 12時 15時 18時 21時 24時 			
	ア ル コ ー ル	有 (週 回 1回につき 合・ cc) ・ 無 ・ やめた			
	喫 煙	あなた	有 (約1日 本) ・ 無 ・ やめた (妊娠前・妊娠後) ・ その他		
	パートナー	有 (約1日 本) ・ 無 ・ やめた			
	同居家族	有 (約1日 本) ・ 無 ・ やめた			
妊 娠 出 産 に つ い て	①つわり ( 無・弱・中・強 ) ②疲労感 ( 無・弱・中・強 ) ③精神状態 ( 良・普通・よくない )				
	④睡眠 ( 良・寝つきが悪い・熟眠感があまりない・眠気が強い )				
	⑤妊娠がわかったときの気持ち				
	うれしかった・驚いたがうれしかった・予想外で戸惑った・困った・何も思わなかった・その他 ( )				
	⑥妊娠・育児に関して相談できる人はいますか				
	無・有 (パートナー・実父母・義父母・きょうだい・友達・その他: )				
	⑦妊娠・育児に関して協力してくれる人はいますか				
	無・有 (パートナー・実父母・義父母・きょうだい・友達・その他: )				
	⑧不安なことはありますか				
無・有 ( 妊娠や出産・健康面・経済面・パートナーとの関係・家族との関係・仕事・その他: )					
⑨心配なことや相談したいことがあれば、記入してください					
( )					