

# 妊娠届出書

※太枠のみ記入してください。

		個人番号	0	0	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ふりがな	あわ はなこ		生年月日	昭和 <u>平成</u> 4年 4月 1日 (満 27 歳)										
妊婦氏名	阿波 花子		電話番号	( 090 ) 1122 - 1122										
職 業	主婦		国籍	日本 ・ その他 ( )										
居 住 地	阿波市 ○○ 町 △△ 1 番地 <small>※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。</small>													
ふりがな	あわ たろう		生年月日	昭和・ <u>平成</u> 4年 4月 1日 (満 27 歳)										
配偶者氏名 (パートナー)	阿波 太郎		電話番号	( 090 ) 1123 - 1123										
職 業	公務員		居住地	同上・その他 ( ) 市・町・村										
里帰り予定	しない ・ <u>する</u> (令和 2年 10月頃から令和 2年 12月頃まで) ・ 未定 連絡先 (090 ) 1133-1133 (○○) 様方 ( ○○ ) <u>市</u> ・町・村													
転出予定	しない ・ <u>する</u> (転出先: ○○ <u>市</u> ・町・村) ( 4 ) 月頃～ ・ 未定													
出産予定日	令和 2年 11月 8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 ( 8 ) 週													
診断・保健指導 を受けた病院名	○○産婦人科		医 師および 助産師の氏名	医 師	阿波 たろう									
				助産師	阿波 はなこ									
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 ・ <u>ない</u>										
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 ・ <u>ない</u>										
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>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。</p> <p>令和 2 年 4 月 1 日</p> <p>阿波市長 様</p> <p style="text-align: right;">届け出した者の氏名 阿波 花子 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span></p>														

以下は職員記入欄 受付職員 ( )

母子手帳交付番号 ( - ) □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 )		□補助 □クーポン □受診済 ( / ) □確認	
個人番号記載	本人確認		代理人の場合
□有 □無	□個人番号カードの提示		□委任状
無の場合は経緯	□通知カードの提示+		□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・		□代理人の運転免許証・パスポート・
	その他 ( )		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○をし、( ) 内に続柄を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 ( 父・祖母 ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 ( 父 ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 心臓病 ( 母 ) ・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	<input checked="" type="checkbox"/> 2,500~3,999g ・ 4,000g以上 ・ わからない	
	妊娠前の身長 ( 160 cm) 体重 ( 56.3 kg) BMI ( ) ※BMIは記入不要			
既往歴	<input checked="" type="checkbox"/> 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 ( )			
	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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( うつ病 )			
現病歴	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 病名： 貧血 )	内服中の薬	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 薬の名前： 鉄剤 )	
出産歴	出産 ( 1 ) 回 流産 ( ) 回 死産 ( ) 回 早期新生児死亡 ( ) 回			
	氏名	症状・病名	<input checked="" type="checkbox"/> パートナー ※この枠は記載不要	
	生年月日		<input checked="" type="checkbox"/> 子ども ( 1 ) 人	
	第1子 氏名 阿波 一郎 H31 . 4 . 1	妊娠高血圧症候群・ <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 妊娠糖尿病・高血糖・尿糖 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白・貧血・羊水過多症	家 族 構 成	実母 ・ 実父 <input checked="" type="checkbox"/> 義母 ・ 義父
	第2子 氏名	常位胎盤早期剥離	その他 ( )	( )
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 		
	アルコール	有 ( 週 回 1回につき 合・ cc ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ やめた		
喫煙	あなた	有 ( 約1日 本 ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ やめた ( 妊娠前・妊娠後 ) ・ その他		
	パートナー	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 約1日 5本 ) ・ 無 ・ やめた		
	同居家族	有 ( 約1日 本 ) ・ 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> やめた		
妊娠出産について	①つわり ( 無・弱・中・ <input checked="" type="checkbox"/> 強 )	②疲労感 ( 無・弱・ <input checked="" type="checkbox"/> 中・強 )	③精神状態 ( <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 眠気が強い )			
	⑤妊娠がわかったときの気持ち			
	<input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> パートナー・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> パートナー・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <input checked="" type="checkbox"/> 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				
( ○○□□・・・ )				