

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																						

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・		<input type="checkbox"/> 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、() 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			
現病歴	無・有 (病名:)	内服中の薬	無・有 (薬の名前:)	
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・甲状腺疾患 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・有 ()			
出 産 歴	出産 () 回 流産 () 回 死産 () 回 早期新生児死亡 () 回			
	氏名(生年月日)	症状・病名	パートナー	
	妊娠週数 (出生体重)		子ども () 人	
	第1子 (. .)	妊娠高血圧症候群・高血圧	家 族 構 成 ()	※この枠は記載不要
	週 日 (g)	妊娠糖尿病・高血糖・尿糖		
第2子 (. .)	尿蛋白・貧血・羊水過多症			
週 日 (g)	常位胎盤早期剥離			
第3子 (. .)	その他 ()			
週 日 (g)				
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	()			