

妊娠届出書兼妊婦給付認定申請書

※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		電話番号	()		-									(満 歳)
		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)		電話番号	()		-									(満 歳)
		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 ※分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			医師及び 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
阿波市長様														
上記のとおり、妊娠について、かつ、妊婦のための支援給付を受ける資格を有することの申告と認定の申請について届け出ます。														
また、妊婦・産婦・乳児健診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														
届出をした者の氏名														

以下は職員記入欄 受付職員 ()

母子手帳交付番号 ()		子宮頸がん検診交付番号 ()	
妊娠届出書の受付・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	
本人確認	代理人の場合		出産応援金
<input type="checkbox"/> 個人番号カードの提示	<input type="checkbox"/> 委任状		申請
<input type="checkbox"/> 通知カードの提示+	<input type="checkbox"/> 妊婦御本人の個人番号カード又は通知カード		面談
運転免許証・パスポート・	<input type="checkbox"/> 代理人の運転免許証・パスポート・		妊娠届出登録
その他 ()	その他 ()		PC入力

マタニティ質問票

氏名 _____

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・子宮や卵巣の病気・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、人工中絶 () 回、早期新生児死亡 () 回		
	第1子	名前 _____ 年 月 日生 妊娠週数 _____ 週 出生体重 _____ g 症状・病名 _____	パートナー 子ども () 人 実母 ・ 実父 義母 ・ 義父 その他 ()
	第2子	名前 _____ 年 月 日生 妊娠週数 _____ 週 出生体重 _____ g 妊娠糖尿病・高血糖・尿糖 尿蛋白・貧血	
	第3子	名前 _____ 年 月 日生 妊娠週数 _____ 週 出生体重 _____ g その他 ()	
第4子	名前 _____ 年 月 日生 妊娠週数 _____ 週 出生体重 _____ 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 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 例 0時 3時 6時 9時 12時 15時 18時 21時 24時 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	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 ()			