

妊娠届出書

※太枠のみ記入してください。

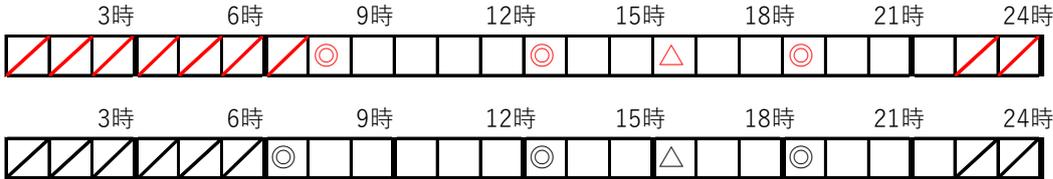
		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0
ふりがな	あわ はなこ		生年月日	昭和・平成 4 年 1 月 1 日 (満 30 歳)										
妊婦氏名	阿波 花子		電話番号	(090) 1234 - 5678										
職業	主婦		国籍	日本・その他 ()										
居住地	阿波市 ○○ 町 △△ 1 番地 ※団地、住宅、マンション、アパートなどの部屋番号まで詳しく書いてください。													
ふりがな	あわ たろう		生年月日	昭和・平成 4 年 1 月 1 日 (満 30 歳)										
配偶者氏名 (パートナー)	阿波 太郎		電話番号	(080) 1234 - 5678										
職業	公務員		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 4 年 10 月 1 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 (10) 週													
診断・保健指導 を受けた病院名	あわレディースクリニック		医師および 助産師の氏名	医師	阿波一郎									
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。 阿波市長様 令和 4 年 4 月 1 日 届出した者の氏名 阿波 花子														

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

氏名 阿波 花子

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 (父) ・ 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
	妊娠前の身長 (156 cm) 体重 (50 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 (0) 回	流産 () 回	死産 () 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 (妊娠高血圧症候群・高血圧)	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 症状・病名 (妊娠糖尿病・高血糖・尿糖)	家族構成 義母 ・ 義父 その他 ()
第3子	名前 () 年 月 日生 妊娠週数 () 週 出生体重 () g 症状・病名 (その他 ())		
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	あなた	有 (週 回 1回につき 合・ cc) ・ 無 ・ やめた	
	パートナー	有 (約1日 本) ・ 無 ・ やめた (妊娠前・妊娠後) ・ その他	
	同居家族	有 (約1日 本) ・ 無 ・ やめた	
妊娠	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 ()			