

妊娠届出書

母子健康手帳NO,
別冊 NO,

勝浦市長 殿

届出年月日 令和 年 月 日

(ふりがな)	個人番号	生年月日	年齢	職業
妊婦氏名	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日		
①既婚 ②未婚(入籍予定 あり・なし) 産後の就労:有・無・未定				
住所	勝浦市 (マンション名等:)	電話(自宅)		
		携帯電話		
(ふりがな)	生年月日	年齢	職業	
夫氏名 (パートナー)	昭・平 年 月 日			
医師または 助産師の診 断・保健指 導を受けた とき	妊娠週数	満 週	性病検査(血液検査)の有無	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない
	分娩予定日	令和 年 月 日	結核検査(胸部レントゲン)の有無	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けてない
	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多胎の場合(胎)	MR ^{リカン} 接種歴や罹患の有無	<input type="checkbox"/> 有(接種・罹患) <input type="checkbox"/> 無
	医療機関名		健康保険種別	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険

◇あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので以下についてもご記入をお願いします。
◇なお、この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外に勝浦市や国・県の母子保健施策の推進のために統計的な処理を行うことや情報提供することがあります。その場合に個人が特定されることは決してありません。統計的な処理の結果は公表する場合があります。
◇結核・性病等に関する項目は母子保健法施行規則(厚生労働省令)第3条による必須項目ですが、必ずしもお答えいただくなくてもかまいません。

1 現在、妊娠は順調ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(理由:)
2 今までにお産の経験はありますか。	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(出産回数 回)
3 流産・早産等を経験したことがありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(治療期間 年 ヶ月)
5 妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか	<input type="checkbox"/> 嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外だったが嬉しかった <input type="checkbox"/> 予想外だったので戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> なんとも思わない <input type="checkbox"/> その他()
6 里帰りの予定はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→里帰り先() <input type="checkbox"/> 未定
7 困った時に助けてくれる人はいますか (あてはまるもの全てにチェック)	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> いない
8 現在、『困っていること』『悩んでいること』	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり↓ありの場合以下にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 日常生活に支障がある程度をつわりがある <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 自身の健康について <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)との関係のこと <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 上の子のこと <input type="checkbox"/> 育児や産まれた後のことについて <input type="checkbox"/> 職場や仕事関係 <input type="checkbox"/> その他()
9 現在、タバコを吸いますか	あなた : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(本/日) 同居家族: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10 現在、アルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(本/日)
11 今までに大きな病気や現在治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ありの場合以下にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> こころの病気(うつ病等) <input type="checkbox"/> その他() それはいつ頃ですか?(年頃) / <input type="checkbox"/> 現在治療中
12 この1年間に、2週間以上続く『眠れない』 『イライラする』『涙ぐみやすい』 『何もやる気がしない』などの症状がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい