

令和8年度		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		
	①既婚 ②未婚(入籍予定 あり・なし)		年 月 日		産後の就労:有・無・未定
住所	勝浦市	電話(自宅)			
	(マンション名等:)	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		☐ 受けた ☐ 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		☐ 受けた ☐ 受けてない
	特記事項	☐ なし ☐ 多胎の場合(胎)		麻しん風しん混合ワクチン接種歴や罹患の有無	☐ 有(接種・罹患) ☐ 無
	医療機関名			健康保険種別	☐ 社会保険 ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ(理由:)				
2 今までにお産の経験はありますか。	☐ 初産 ☐ 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。	☐ なし ☐ 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。	☐ いいえ ☐ 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	☐ 嬉しかった ☐ 予想外だったが嬉しかった ☐ 予想外だったので戸惑った ☐ 困った ☐ なんとも思わない ☐ その他()				
6 里帰りの予定はありますか	☐ ない ☐ ある→里帰り先() ☐ 未定				
7 困った時に助けてくれる人はいますか (あてはまるものを全てにチェック)	☐ 夫(パートナー) ☐ 実父母 ☐ 義父母 ☐ 兄弟 ☐ 姉妹 ☐ 親戚 ☐ その他() ☐ いない				
8 現在、『困っていること』『悩んでいること』	☐ なし ☐ あり↓ありの場合以下にチェックをお願いします ☐ 日常生活に支障がある程度 of つわりがある ☐ 妊娠・出産について ☐ 経済的なこと ☐ 自身の健康について ☐ 夫婦(パートナー)との関係のこと ☐ 家族関係 ☐ 上の子のこと ☐ 育児や産まれた後のことについて ☐ 職場や仕事関係 ☐ その他()				
9 現在、タバコを吸いますか	あなた : ☐ いいえ ☐ 妊娠してやめた ☐ はい(本/日) 同居家族: ☐ いいえ ☐ はい				
10 現在、アルコールを飲みますか	☐ いいえ ☐ 妊娠してやめた ☐ 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	☐ なし ☐ あり ↓ありの場合以下にチェックをお願いします ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 貧血 ☐ 甲状腺機能亢進症 ☐ こころの病気(うつ病等) ☐ その他() それはいつ頃ですか?(年頃)/ ☐ 現在治療中				
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	☐ いいえ ☐ はい				