

# <妊娠届出書>

令和5年度

(あて先) 那珂川市長

母子手帳 No. \_\_\_\_\_

下記のとおり、お届けします。

届出日	年 月 日	フリガナ		昭和 平成	有 ( )		
妊婦氏名	生年月日	年 月 日	職業	・ 無			
個人番号	年齢	歳					
居住地 (住民票がある住所)	那珂川市	連絡先 ※連絡がとれる番号	妊婦: 夫(パートナー): 保護者(未成年者のみ):				
妊娠週数	満 週	出産予定日	令和 年 月 日	性病に関する健康診断	有 無	結核に関する健康診断	有 無
医療機関名	Tel ( )						

●那珂川市では、赤ちゃんの全戸訪問を実施しています。母子手帳について『出生連絡票』をもとに連絡をしていますが、戻りがない場合はこの妊娠届出書の出産予定日等を参考に連絡をさせていただきますので、ご了承ください。

## 妊婦さんサポートアンケート

(☆ご本人が記入して母子手帳交付の際にお持ちください。)

妊娠期から子育て期にわたり、お母さんと赤ちゃんが安心して生活できるようにお手伝いしています。下記のアンケートにご協力ください。

家族構成	氏名	生年月日 (年齢)	(昭和・平成) 年 月 日 ( 歳 )	職業	有 ( ) ・ 無						
	●同居していますか	はい・いいえ→(理由)		●入籍していますか	はい・いいえ → (予定あり 月頃 ・ 予定なし)						
家族構成	続柄	年齢	住所	同居	きょうだい児	年齢	出生週数	出生体重	就園・就学先	●那珂川市に何年お住まいですか?	約 年
	義父	歳	市・町	有・無	第1子	歳	週	g		●妊娠中に転出の予定がありますか	いいえ ・ はい → 時期: ( 月 ) 転出先: ( )
	義母	歳	市・町	有・無	第2子	歳	週	g		●困ったときに相談する人についてお尋ねします	
	実父	歳	市・町	有・無	第3子	歳	週	g		①産後に育児を手伝ってくれる人がいますか	はい ・ いいえ →主にどなたですか? ( 夫 ・ 実母 ・ 義母 ・ 友人 ・ その他 )
実母	歳	市・町	有・無	第4子	歳	週	g		②夫には何でも打ち明けることができますか	はい ・ いいえ	
妊婦さんの体のこと	生活習慣	喫煙の習慣 ( 無 ・ 有 )		飲酒の習慣 ( 無 ・ 有 )		薬の服用 ( 無 ・ 有 )		朝食の習慣 ( 有 ・ 無 )		③実母には何でも打ち明けることができますか	はい ・ いいえ ・ 実母がいない
	BMI	身長	cm	体重(妊娠前)	kg	BMI ( )	記入不要		④実母の他にも相談できる人はいますか	はい ・ いいえ	
	妊娠出産の状況	今回の妊娠は何回目ですか ( )回目		流産 回・中絶 回・死産 回		今回の出産は何回目ですか		今回の妊娠は ( 単胎 ・ 多胎 )		●生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか	いいえ ・ はい → (出産費用・育児費用・その他 )
	家族歴	●今回の妊娠中に、おなかの赤ちゃんやあなたの体のことについて、医師から何か問題があると言われていましたか?		いいえ ・ はい ( )		●これまでに流産や死産、出生後1年以内にお子さんを亡くされたことがありますか?		いいえ ・ はい ( )		●妊娠がわかった時の気持ちはいかがでしたか	一番近いもの1つに○を付けて下さい
家族歴	●血のつながった家族の中で治療中の人はいますか ( 無 ・ 有 )		どなたですか ( )		糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ その他 ( )		●今までに大きな病気をしたことがありますか		1. とても嬉しかった		
家族歴	●今までの妊娠、出産の経過で次の症状がありましたか		いいえ ・ はい → 妊娠高血圧 ・ 妊娠糖尿病 ・ 貧血 ・ 早産 (34週未満の出産)		●今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか		いいえ ・ はい → ( ) 歳頃 (症状: )		2. 予想外で驚いたが嬉しかった		
家族歴	●今までの妊娠、出産の経過で次の症状がありましたか		いいえ ・ はい → 妊娠高血圧 ・ 妊娠糖尿病 ・ 貧血 ・ 早産 (34週未満の出産)		●今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか		いいえ ・ はい → ( ) 歳頃 (症状: )		3. 予想外で戸惑った		
家族歴	●今までの妊娠、出産の経過で次の症状がありましたか		いいえ ・ はい → 妊娠高血圧 ・ 妊娠糖尿病 ・ 貧血 ・ 早産 (34週未満の出産)		●今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか		いいえ ・ はい → ( ) 歳頃 (症状: )		4. 困った		
家族歴	●今までの妊娠、出産の経過で次の症状がありましたか		いいえ ・ はい → 妊娠高血圧 ・ 妊娠糖尿病 ・ 貧血 ・ 早産 (34週未満の出産)		●今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか		いいえ ・ はい → ( ) 歳頃 (症状: )		5. 特に何とも思わなかった		
家族歴	●今までの妊娠、出産の経過で次の症状がありましたか		いいえ ・ はい → 妊娠高血圧 ・ 妊娠糖尿病 ・ 貧血 ・ 早産 (34週未満の出産)		●今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか		いいえ ・ はい → ( ) 歳頃 (症状: )		●里帰り出産の予定がありますか	はい ・ いいえ → 滞在先: ( ) 期間: (産後 月)	
◎知りたいこと、気になることがあれば記入してください (ご自身の健康、赤ちゃんや上のお子さん、ご家族、仕事、保育園、経済面、生活環境など)											
妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行うために、関係機関へ情報提供を行うことがあります。情報提供することに同意していただけますか。 ( はい ・ いいえ )											

※このアンケートは、妊産婦さんの支援以外の目的で使用することはありません。ご協力ありがとうございました。 ※裏面もご覧ください

担当者	①	確認項目	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	事後処理	
	②		<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 住基	申請書(日付とサイン)	