

# 妊娠届出書 (母子保健法に基づき下記のとおり届出します。)

(宛先) 流山市長

届出日 令和 年 月 日

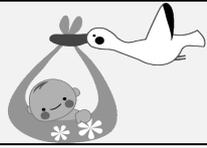
妊婦の個人番号 (マイナンバー)											妊婦の個人番号は番号法別表第1及び第2に基づき、母子保健法に定める妊婦・乳幼児の健康診査、訪問等の保健指導、妊娠婦・新生児への訪問指導等に関する事務に使用します。	
フリガナ 妊婦氏名						生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)	妊婦の国籍 (外国籍の方)				
妊婦の居住地	(〒270-01 ) 流山市					職業 (職種)		雇用 形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
						勤務地						
今の住所の居住歴	S・H・R 年 月 ~					転居予定	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( 月頃) <input type="checkbox"/> 未定					
妊婦の 電話番号	( )						婚 姻 状 況	<input type="checkbox"/> 再婚 ( 年 月) <input type="checkbox"/> 入籍済み ( 年 月) <input type="checkbox"/> 今後入籍予定 ( 年 月) <input type="checkbox"/> 入籍予定なし <input type="checkbox"/> 未定				
妊婦の メールアドレス												
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ( )					<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者						
次のものをお持ち又は 利用中ですか	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当											
パートナー (胎児の父)	フリガナ 氏名					生年月日	S・H 年 月 日 (満 歳)					
	居住地	<input type="checkbox"/> 妊婦と同じ				職業 (職種)		雇用 形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	パートナーの 電話番号	( )				勤務時間	~		休日	土・日・祝・不定休 その他 ( )		
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> パートナー(胎児の父) <input type="checkbox"/> その他: 氏名 ( ) 続柄 ( ) 連絡先 ( )											
診断を受けた 病院・施設名	( 市・区・町・村)					出産 予定病院	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 他院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
診断を受けた 医師・助産師名												
今回の妊娠に ついて	分娩予定日	令和 年 月 日		現在の 妊娠週数	週	不妊治療 の有無	無・有 (治療期間 年)					
	医療機関で性病検査(血液検査)を受けましたか			受けた・受けていない		胎児の数	( ) 人 (胎)					
1年以内に結核検査(胸部X線検査)を受けましたか			受けた・受けていない									
妊娠・分娩歴	(今回を含む) 妊娠回数		回	分娩回数	回	初産年齢	歳					
過去の出産歴	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 早産 週 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
流産・死産	無・有		流産 (妊娠22週未満) 回		人工妊娠中絶 回		死産 (妊娠22週以降) 回					
家族構成 (妊婦・パート ナー以外の 同居家族)	続柄	氏名	(和暦) 生年月日	所属 (学校名等)	健康状態	備考 (第4子以降など)						
			年 月 日		健・病 ( )							
			年 月 日		健・病 ( )							
既往歴	無・有		現在治療中 ( 年頃~ ) ・ 現在異常なし ( 治療終了・寛解 ) ・ 治療中断 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 精神疾患・心の病気 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )									
喫煙経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠してから禁煙 <input type="checkbox"/> 喫煙していたが現在はやめた ( 年前) <input type="checkbox"/> 喫煙している ( 本/日)											
同居者の喫煙有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (どなた: )											
飲酒の状況	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠してから禁酒 <input type="checkbox"/> 飲んでいる (週に( )日・種類( )・量( ml))											
<b>委任状 (妊婦本人が記載してください) *代理人 (夫またはどちらかの父母に限る) の申請時は必ず下記を記入してお持ちください。</b>												
代理人 住所:			氏名:			妊婦との続柄 ( )						
上記の者を代理人に選任し、妊娠届出及び母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を委任します。												
委任者 (妊婦) 住所:			氏名:									
令和 年 月 日												

流山市記入欄 母子手帳 NO. ( ) ・多胎 届出場所: 保健センター・おおたか・南流山・その他 ( )

【1点証明】免・マイナ・旅・在力 (期限: 年 月 日) ・身障・連経・その他 ( )

【2点証明】保・年手 (証) ・学証・身証 (写付) ・聴聞・その他 ( )

【妊婦の個人番号提示】有・無 【外国語版】 南・保 月 代理

1. 妊娠に気付いたのはいつ頃ですか	令和 年 月 日頃 妊娠 週頃				
2. 妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか 一番近いもの1つに○をつけてください 	望んでいたので うれしい	予定外だが うれしい	どうしたらいいか 分からず困った	これから先の 不安が大きい	
	育てる 自信がない	特に何も 感じなかった	その他 ( )		
3. 今の気持ちを表すとしたら、右のどの表情ですか ☆②、③、④、⑤の表情を選んだ方は理由を記入してください					
	理由 ( )				
4. これまでに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラー や精神科医または心療内科医に相談したことがありますか	いいえ	はい 症状： ( ) 時期： 年頃 診断名 ( ) 医療機関名 ( ) 現在： 寛解・治療中・治療中断 内服： 無・有 ( ) カウンセリング： 無・有			
5. 過去1か月の間に、気分が落ち込んだり、元気がなくなる、 あるいは絶望的になってしばしば悩まされたことはありますか	いいえ	はい (理由： )			
6. 1年以内に家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や 親しい方が重い病気になったり、事故にあったことはありますか	いいえ	はい 年 月頃・どなたが ( )			
7. 夫・パートナーには何でも打ち明けることができますか	できる	まあまあ できる	どちらとも いえない	あまり できない	まったく できない
8. お母さんには何でも打ち明けることができますか	できる	まあまあ できる	どちらとも いえない	あまり できない	まったく できない
9. 夫・パートナーやお母さんの他にも相談できる人がいますか	はい (どなた： )		いいえ		
10. 妊娠中や、出産後に支援、協力してくれる人がいますか	はい (どなた： )		いいえ		
11. 実家はどこですか	あなた ( 都道府県 市区町村 )		夫・パートナー ( 都道府県 市区町村 )		
12. 出産後～1か月間くらいをどこで過ごされる予定ですか	里帰り・自宅・有料の施設 ( ) ・未定				
13. あなた自身は、子供の頃から愛情を受けて育ったという実 感がありますか	ある	なんとなく ある	どちらとも いえない	あまり ない	ない
14. (現在お子さんをお持ちの方) 子育てに困難を感じていますか	いいえ	はい (理由： )			
15. あなたは現在お仕事をしていますか また、産後はどのような予定ですか	はい			いいえ	
	産休・育休取得し 仕事を続ける予定	妊娠・出産を機 に退職の予定	未定		
16. 妊娠・出産・育児に対し相談したいこと・聞いておきたいこ と・不安なことはありますか (あてはまるものいくつか○)	いいえ	はい 1. 母子保健・子育て支援サービスについて 2. 妊娠経過・胎児について 3. 出産後の育児について 4. 夫婦間トラブル ( ) 5. 経済面 ( 出産費用・借金・衣食住 ) 6. その他 ( )			
17. 児が無戸籍になるおそれがある ※離婚後300日以内に出生した場合や婚姻中に他のパートナーとの子を出産した場合 (前) 夫の子どもとして戸籍が作られることとなります。出生届を提出しなければ、無戸籍となります。	いいえ		はい		
18. 妊娠中、母親学級を受けようと思いませんか ※市で行う『ハローベビー』は第1子妊娠の方が対象です	はい (市・医療機関・その他)			いいえ	
平日8時半～17時の間のお電話がつながりやすい時間・曜日	月・火・水・木・金 時間： ( )時～ ( )時				

妊娠おめでとうございます。市では、妊婦さんとご家族の健康を願うとともに、安心して健やかな出産、子育てのために、必要な支援を行います。そのため、妊娠・出産に関する質問にお答えください。なお、児童福祉法に基づき、関係機関等と妊娠届出書及びアンケートの内容情報を共有する場合があります。個人情報として厳重に取り扱い、上記の目的以外に使用いたしません。