

◇ 妊娠届 ◇

交付日: _____ 交付番号: _____

住所 南島原市 町 番地 【自宅電話番号: _____】
 夫（パートナー）の住所が違う場合: 都道府県 市・郡 番地

母（妊婦）	ふりがな	_____	父（パートナー）	ふりがな	_____
	氏名	_____	氏名	_____	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
	職業	_____	職業	_____	
	携帯電話番号	- -	携帯電話番号	- -	
	嗜好	たばこ 1. なし 2. あり: 本/日 3. 妊娠を機に辞めた 飲酒 ほぼ毎日・回/週程度・回/月程度・なし	嗜好	たばこ 1. なし 2. あり: 本/日 飲酒 ほぼ毎日・回/週程度・回/月程度・なし	
身長・体重	_____ cm、非妊時 _____ kg	身長・体重	_____ cm、 _____ kg		

婚姻状況 1. 既婚 2. 入籍予定(年 月頃) 3. 未婚 4. 再婚(ご自身・夫)

最終月経 R 年 月 日 通院予定医療機関 _____

出産予定日 R 年 月 日 (現在 週 日) 分娩予定医療機関 _____

母（妊婦）の既往歴

今までの病気 1. なし 2. あり (高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・甲状腺疾患・婦人科疾患・精神科疾患・その他: _____)

妊娠歴 妊娠回数 (今回を含めて 回) 出産回数 (回/うち帝王切開術 回) 流産 (回) 人工妊娠中絶 (回)

以前の妊娠経過 1. 良好 2. 妊娠高血圧症候群 3. 妊娠糖尿病 4. 切迫流・早産 5. 未熟児 6. 産後うつ・マタニティブルー 7. その他: _____

不妊治療 1. なし 2. あり (診断名: _____ / 歳頃) (治療内容: _____)

該当する番号に○をつけてください。

- 今の体調は、どうですか？
 1: 健康 2: 身体がきつい 3: 治療中の病気がある 4: 気分がすっきりしない 5: その他 (_____)
- 今回、妊娠は？
 1: 計画的な妊娠 2: 不妊治療をした 3: 自然に任せていた 4: 予定外だった 5: その他 (_____)
- 今回、妊娠がわかった時、どんな気持ちでしたか？
 1: 嬉しかった 2: 戸惑った 3: 困った 4: 不安だった 5: その他 (_____)
- 今回、妊娠がわかった時、パートナーはどんな様子でしたか？
 1: 喜んでいて 2: 戸惑っていた 3: 困っていた 4: 不安そうだった 5: その他 (_____)
- 今の気持ちに一番近いものはどれですか？
 1: 嬉しい 2: 戸惑っている 3: 困っている 4: 不安 5: その他 (_____)
- 最近、急に涙もろくなったり、何もする気がなくなったりすることがありますか？
 1: ない 2: ある
- 気になることはありますか？
 1: 出産のこと 2: 妊娠中の生活のこと 3: 経済的なこと 4: 仕事のこと 5: ご自身の健康面のこと
 6: パートナーのこと 7: 上の子の育児のこと 8: 特になし 9: その他 (_____)
- 相談にのってくれる人や機関はありますか？ 当てはまるものにすべて○をつけてください。
 1: はい (パートナー・実父母・兄弟姉妹・友人・義父母・産院・電話相談・保健師・インターネット・雑誌等・その他 _____)
 2: いいえ
- 里帰りの予定はありますか？ ※県外で妊婦健診を希望の場合は、受診前にご連絡ください。(Tel 0957-73-6652)
 1: はい (時期: 産前 月頃 ~ 産後 月頃まで)
 (住所: 都道府県 市・郡 番地 様宅 Tel: _____)
 2: いいえ
 3: 未定

マイナンバー _____

①母子保健法に基づき個人番号を取得管理します。個人番号は母子保健法による保健指導、新生児の訪問、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導に関する事柄、災害対策基本法による災害時の被災者台帳作成で使用します。 了承

②母子保健サービスに必要な住民基本台帳等について、南島原市が調査、取得します。 了承

③妊娠期、出産1~2か月後を目安に、保健師等が家庭訪問をいたします。 了承

④母子保健事業の案内のために担当地区の母子保健推進員へ妊娠届(出生届も含む)があったことを連絡します。 了承

以上のことをご了承いただきましたら、ご署名ください。
 令和 年 月 日 届出者氏名 (続柄)

市 確認欄	御本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
	受診票等交付確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】
		<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 乳児健診 <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健診 <input type="checkbox"/> 産婦健診 <input type="checkbox"/> ポーチ