

妊 娠 届 出 書

母子健康手帳番号

《届出に必要なもの》※申請前に必ずご確認ください！

- ◇妊婦本人が申請する場合 ⇒ ① 個人番号カードまたは通知カード ② 妊婦の本人確認ができるもの
 ◆代理人が届出する場合 ⇒ ① 妊婦本人の個人番号カード、または通知カード(カードの両面のコピーでも可)
 ② 代理人の本人確認ができるもの ③ 委任状

ふりがな		昭和・平成		職業	
妊婦氏名	生年月日	年 月 日(歳)			
	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚(入籍予定あり・なし) <input type="checkbox"/> 未定	妊婦個人番号			
夫(パートナー)氏名	生年月日	昭和・平成		職業	
		年 月 日(歳)			

居住地 連絡先 取手市 日中繋がる連絡先
 () - () - ()
 【 妊婦 ・ 夫(パートナー) ・ その他() 】

妊娠週数 満 週 (第 月) 分娩予定年月日 年 月 日

初産・経産の別 初産 経産【今までのお産()回】

医師又は助産師の診断 受けた 受けてない
 施設名 所在地 市・町・村

妊婦健診を受ける施設 受診施設名 同上 その他施設名
 所在地 市・町・村

分娩予定施設 出産施設名 同上 その他施設名
 所在地 市・町・村

性病に関する健康診断の有無 受けた 受けていない
 結核に関する健康診断の有無 受けた 受けていない

喫煙の有無 吸わない、やめた 吸っている(本/日)
 飲酒の有無 飲まない、やめた 飲んでいる(時々(日/週・月)、毎日(合))

取手市長 上記のとおり届出します 年 月 日
 届出人署名 続柄()

※代理人が申請する場合には必ず以下を記入してください。

委任状(※妊婦本人が直筆で記入してください) 年 月 日
 委任者(妊婦本人) 住所 氏名
 私は、妊娠の届出および母子手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。
 受任者(代理人) 住所 氏名
 委任者との続柄()

備考 妊娠届出は母子保健法第15条の規定に基づき行っているものです。
 なお、妊娠届出書の様式は、同法同条の規定を受け、母子保健法施行規則第3条に準拠しております。

- ＜事務処理欄 受付窓口で職員が記入するものです＞ ※各項目の口にチェックをお願いします。受付した方は、サインをしてください。
- 記載事項の漏れ確認
 - 住民確認
 - 届出者と共に「妊婦一般健康診査受診票」「**福**医療福祉費支給制度(マル福)のご案内」の確認
 - 母子健康手帳に、「交付年月日」「母子健康手帳番号」を記入する
 - 右上の枠内、母子健康手帳番号を記入する
 - 届出が本人でない時、届出人の身分証明書(免許証など)をコピーし、妊娠届出書にホチキスでとめる
 - キッズカードの案内
 - 裏面のサポート票の記入
 - 個人番号の確認
- 記入 個人番号カード 通知カード(身分証明書の提示が必要)
住基システムにより個人情報を取得・照会することに承諾済み 住基システム(身分証明書の提示が必要)

受付窓口 保健センター 市民課 藤代庁舎 駅前 受付者サイン

妊 娠 サ ポ ー ト 票

取手市立保健センター 0297-85-6900

妊娠おめでとうございます。取手市では、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、妊娠サポート票を活用させていただき、安心して子育てができるよう妊娠中から支援していきます。当てはまるものすべてに○をつけ、ご記入をお願いします。ご記入いただいた内容は個人情報として取り扱います。なお、ご様子を伺うため、保健センターからご連絡を入れる場合もありますのでご了承ください。

家族構成	夫(パートナー) 子ども()人 夫(パートナー)の 父・母 自分の 父・母 その他()
1. 今回の妊娠についてお尋ねします。	第()子 単胎・多胎 ※前回までの妊娠経過について当てはまるものがある方は○をつけてください。 (1) 切迫流・早産 (2) 貧血 (3) 妊娠高血圧症候群 (4) 早産()週 (5) 帝王切開 (6) 流・死産()回 (7) その他()
2. 現在、妊娠は順調ですか？	(1)はい (2)いいえ(理由)
3. 今回の妊娠についてどちらか1つに○をつけてください。	(1) 自然に妊娠した (2) 治療して妊娠した(治療期間:)年)か月)
4. 今回の妊娠について、あなたのお気持ちに近いもの1つに○をつけて下さい。	(1)とてもうれしかった (2)予想外で驚いたが、うれしかった (3)予想外で驚き、戸惑った (4)困った (5)とくになんとも思わなかった (6)その他()
5. あなたの体調はいかがですか？当てはまるものすべてに○をつけてください。	(1) よい (2) すぐれない[つわりの為・その他()] (3) 疲れやすい (4) 眠れない(時々眠れない・ほとんど眠れない・まったく眠れない)
6. 今までにかかった病気または現在治療中の病気等がありますか？	(1) なし (2) 心臓病 (3) 腎臓病 (4) 高血圧 (5) 糖尿病 (6) 心の病(うつ、不眠、パニック障害など) (7) その他()
7. 今までに心理的な、あるいはこころの問題でカウンセラーや医療機関に相談したことはありますか？	(1) いいえ (2) はい(いつ頃から ~ いつ頃まで、治療中) 治療中の場合: 受診医療機関() 診断名()
8. あなたが悩んでいる時に相談にのってくれる人はいますか？(複数回答可)	(1) 夫(パートナー) (2) 実家 (3) 義理の父・母 (4) 友人 (5) その他() (6) 誰もいない
9. 困っている時に協力をお願いできる人はいますか？(複数回答可)	(1) 夫(パートナー) (2) 実家 (3) 義理の父・母 (4) 友人 (5) その他() (6) 誰もいない
10. あなた自身の中で心配なこと、困っていることはありますか？(複数回答可)	(1) ない (2) ある (内容: 分娩のこと、経済面、家族関係、その他:)
11. 現在、子育て中の方 お子さん(上の子)について心配なことはありますか？	(1) ない (2) ある(内容:)
12. 里帰りますか？(該当者のみ回答、現時点で予定でも構いません)	里帰り先:) 県) 市 (出産施設名:) 時期()

※妊娠期・子育て期を健やかに過ごしていただくための支援のため、妊娠届出書の必要な項目及び、アンケートの内容について、医療機関、子育て支援関係機関と情報共有することに同意いただける場合、署名欄にサインをお願いします。

ご署名(妊婦)