

# 妊娠届出書

宛名コード	
母子手帳番号	—
<input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 外国語版(                      語)	
出生届出予定	樺原市      ・      樺原市外

下記すべてを記入し、こども家庭課に提出して、母子健康手帳・妊婦健康診査補助券等の交付を受けてください。

マイナンバー										マイナンバー不明の場合、必要に応じ住基情報から確認することに同意していただけますか											
										はい ・ いいえ											
フリガナ 妊婦氏名										世帯主 氏名						フリガナ 夫(パートナー) 氏名					
																		(満 歳)			
生年月日		昭和・平成				年		月		日(満 歳)		職業									
住所		檜原市				町		アパート名等										号室			
携帯番号		-				-				緊急連絡先		-				-		(続柄 )			
婚姻形態		既婚( 年 月入籍) ・ 今後入籍予定( 年 月頃) ・ 入籍未定 ・ その他( )																			
市外転出予定		なし ・ あり( 年 月頃、 都道府県 市区町村 )																			
診断を受けた医療機関				名称						所在地											
今後健診を継続する施設				名称						所在地											
分娩予定施設				名称						所在地											
妊娠週数				週 (第 月)				分娩予定日				年 月 日									
妊娠回数		今回を含めて( )回目 出産:これまでに( )回 流産:自然( )回、人工( )回																			
不妊治療の有無		なし ・ あり( 年 か月)																			
今までの妊娠・出産の 状況		妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)・糖尿病・子宮外妊娠・未熟児出産( g)・早産( 週 日) 死産(状況 )・仮死状態・その他( )																			
上の子の状況		1人目: 出生体重 g 妊娠・出産の経過 正常・その他( ) 現在 歳 か月(男・女) 健康 ・ その他( )																			
		2人目: 出生体重 g 妊娠・出産の経過 正常・その他( ) 現在 歳 か月(男・女) 健康 ・ その他( )																			
		3人目以降: 歳 か月 ・ 歳 か月 ・ 歳 か月																			
次の病気にかかったことがありますか				高血圧・腎疾患・糖尿病・肝炎・心臓病・甲状腺の病気・その他( )																	
今までに心理的・精神的な問題で、医師やカウンセラーなどに相談したことがありますか										はい(時期など ) ・ いいえ											
現在、妊娠以外で通院したり、薬を飲んでいますか								はい(病名・症状 ) ・ いいえ													
性病や結核に関する健診を1年以内に受けましたか ※はいの場合は該当する項目に○をつけてください。										はい ( 性病 ・ 結核 ) ・ いいえ											
現在、ほぼ毎日飲酒しますか				はい (1日 を ml) ・ いいえ						喫煙		はい (1日 本) ・ いいえ									
身近な人の中で喫煙者はいますか				いいえ ・ はい(同居の家族 ・ 職場関係 ・ その他: )																	
視覚障がい				あり ・ なし						聴覚障がい		あり ・ なし									
今後、妊娠期から育児期にかけて安心して過ごせたり、母子の健康を守るために、電話で状況をお伺いすることや、必要時は医療機関や関連機関等に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									
檜原市では、生後3か月頃までの乳児の家庭に、悩みや不安がないか確認し必要なサービスを紹介するために、こんにちは赤ちゃん訪問員(母子保健推進員など)や助産師などが訪問します。同意していただけますか？												はい ・ いいえ									
上記のとおり届出します												年 月 日									
檜原市長殿				届出者氏名						(続柄 )											

※裏面のアンケートをご記入ください。

下記は国の出産・子育て応援交付金事業に関するアンケートです。  
国の規定により、本アンケートの提出がないと給付金の支給ができません。

今回の妊娠についてどう思いますか。一番近いものに○をつけてください。  
①うれしい ②ややうれしい ③どちらともいえない ④あまりうれしくない ⑤うれしくない

理由 [ ]

あなたが悩んでいるときに相談にのってくれる人や機関はありますか。(複数回答可)  
①夫(パートナー) ②自分の親 ③夫(パートナー)の親 ④きょうだい ⑤友人 ⑥近所の人 ⑦産科医療機関  
⑧保健師 ⑨電話相談 ⑩インターネット ⑪その他( ) ⑫誰もいない

しばらく里帰りされる予定ですか。 はい ・ いいえ  
※はいの場合:里帰り先( 都道府県 市区町村)・期間(約 か月)  
連絡先(TEL: [ 様方])

産後、手助けをしてくれる人はいますか。(複数回答可)  
①夫(パートナー):仕事[職業( ) 休み:定休( 曜日)・不定休 帰宅: 時頃 育休取得予定:有・無]  
②自分の親:居住地( 都道府県 市区町村) 仕事の有無(父親:有・無、母親:有・無)  
③夫(パートナー)の親:居住地( 都道府県 市区町村) 仕事の有無(父親:有・無、母親:有・無)  
④きょうだい ⑤友人 ⑥近所の人 ⑦その他( ) ⑧誰もいない

産後、家事援助などのサービスを利用したいと思いますか。 ①利用したい ②特に必要はない

アンケート回答日現在で、気になることに○をつけてください。(複数回答可)  
①妊娠の経過 ②出産のときのこと ③子育ての仕方 ④上の子の育児 ⑤病気のときの対応  
⑥自分の健康面( ) ⑦夫(パートナー)との関係 ⑧あなたや夫(パートナー)の親のこと  
⑨経済面 ⑩近所・親戚付き合い ⑪育児への周囲の協力 ⑫仕事 ⑬その他( )

現在の体調について、あてはまることに○をつけてください。  
①つわり(あり・なし) ②お腹の張り(あり・なし) ③切迫症状(あり・なし) ④張り止めの内服薬(あり・なし)  
⑤その他(あり・なし ありの場合の内容: )

出産に向けて、今のお気持ちはいかがですか。(複数回答可)  
①楽しみである ②やってみたいことがある ③不安がある ④恐怖がある ⑤特に何も思わない  
→①②にチェックをいれた方は、具体的な内容をご記入ください。→( )  
→③④にチェックをいれた方は、具体的な内容をご記入ください。→( )

出産を迎える前に訪問や面談を希望しますか。  
①はい( 年 月頃) →( 訪問希望 ・ 面談希望 ) ②いいえ  
※はいの場合、こども家庭課より後日連絡します。

※職員記入欄

					AM ・ PM
<input type="checkbox"/> 本人面談済み → <input type="checkbox"/> 後日申請 または <input type="checkbox"/> 本日申請済み / <input type="checkbox"/> 代理人面談(本人面談未) → <input type="checkbox"/> 本人面談案内手渡し済み					
●受領確認 ( <input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 本アンケート <input type="checkbox"/> 口座のわかるものの写し )					
受付者		地区担当 保健師		子育てケアプラン(ママプランのみ)・サポートプラン	
<input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 委任状(代理人の場合)		<番号確認書類> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号記載) <input type="checkbox"/> 住基情報より確認(同意確認)		<本人(代理人)確認書類> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )※写真付でない場合2つ以上	
※転入者の場合のみ記入					
母子手帳 交付日	年 月 日	転入日	年 月 日	さしかえした 補助券	基本券: 回目～ 回目 追加券: ~