

(表)

妊娠届出書

交付番号 19—

(親子手帳・妊産婦健康診査受診票交付申請書)

		個人番号																	
妊 婦	ふりがな											生年月日							
	氏 名											年 月 日							
	職 業											() 歳							
	住 所	三春町																	
	電話番号	自宅 () -										携帯 - -							
	メールアドレス																		
子の父親	ふりがな											生年月日							
	氏 名											年 月 日							
	職 業											() 歳							
家族構成	※同居している人に☑をつけてください □夫（パートナー）・□こども（ ）人・□実父・□実母・□義父・□義母 □祖父・□祖母・□兄・□姉・□弟・□妹・□その他（ ）																		
妊娠週数	週 □単胎 ・ □双胎以上										妊娠回数	回目 □異常なし ・ □異常あり							
出 産 予定日	令和 年 月 日										今回の妊娠は医療機関で 診断を受けましたか？				□はい □いいえ				
出産予定 医療機関																			
性感染症 の検査	□受けた ・ □受けていない										結核の検査	□受けた ・ □受けていない							
上記のとおり届けます。																			
三 春 町 長																			
届出日 令和 年 月 日																			
申請者 氏 名																			
(妊婦との続柄)																			

*担当者記入欄 ※みはるカード確認 氏名：		番号：		(500P)	
面談日： 年 月 日 方法：□来所 □訪問 □オンライン		□ 特になし		面 接 者	□セルフ □応援
特記事項：		□ 助言、情報提供。			
		□ 要継続支援			

出産応援アンケート

太枠内の当てはまるところに☑をつけてください。記入いただいた内容は、お母さんと赤ちゃんが安心して生活するために活用するもので、個人情報として取り扱い、プライバシーを保護いたします。

現在の健康状態はいかがですか		☐よい・☐何ともいえない(具体的に)・☐悪い	
妊娠がわかった時の気持ちに、最も近いものに☑をつけてください。		☐うれしい ☐予想外だがうれしい ☐予想外で驚き戸惑った ☐困った ☐特に何とも思わなかった ☐不安 ☐その他 ()	
今回の妊娠中に、お腹の赤ちゃんやあなたの体について、お産の時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、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか		☐いいえ ☐はい	
今回の妊娠は、不妊治療をしましたか。		☐いいえ ☐はい	
里帰り出産の予定はありますか。 妊婦実家 () 県) 子の父の実家 () 県)		☐いいえ ☐はい(産後 カ月くらいまで)	
出産後、育児や家事を手伝ってくれる人はいますか。		☐いいえ ☐はい(誰ですか:)	
妊娠中や出産後、困ったときに相談する人について伺います。	夫(パートナー)には何でも打ち明けることができますか	☐いいえ ☐はい	
	お母さん(実母)には何でも打ち明けることができますか	☐いいえ ☐はい	
	夫やお母さん(実母)の他にも相談できる人がいますか	☐いいえ ☐はい	
家族について、困っていることはありますか。		☐いいえ ☐はい →☐家族の病気介護 ☐不仲 ☐経済 ☐他	
あなた自身の父母について、最も近い印象のものの番号を記入してください。		父 () 母 () ①優しくった ②怖かった ③厳しかった ④仕事が忙しくあまり一緒に遊ぶことがなかった ⑤父または母と離れて暮らした ⑥父母以外の人に育てられた ⑦その他	
出産費用や生活費など、経済的に困ることがありますか。		☐いいえ ☐はい ()	
今までに、心療内科や精神科に受診したことやカウンセラーに相談したことがありますか。		☐いいえ ☐はい→☐現在治療中 ☐過去に治療した (いつ頃: 、病名: 、医療機関名:)	
今までに、腎臓病、糖尿病、心臓病、甲状腺疾患、婦人科系の病気などの病気にかかったことがありますか		☐いいえ ☐はい(病名:)	
心配事や困り事がありますか		☐いいえ ☐はい→ ☐産後の育児 ☐保育園 ☐仕事のこと ☐上の子のこと ☐夫との関係(DV など) ☐ご自身の健康面 ☐その他	
過去1カ月に心の不調はありましたか。		☐いいえ ☐はい →☐落ち込む ☐緊張や不安を感じる ☐物事を楽しめない ☐心配することを止められない ☐その他 ()	
お酒は飲みますか。 タバコを吸いますか。 周囲にタバコを吸う人がいますか。		☐いいえ ☐妊娠してやめた ☐はい(1日 ml) ☐いいえ ☐妊娠してやめた ☐はい(1日 本) ☐いいえ ☐いる(☐夫 ☐職場 ☐その他)	
切れ目のない支援のため、関係機関と必要な情報を共有することについて同意しますか? ☐同意しない ・ ☐同意する 本人署名 _____			