

(表)

# 妊娠届出書

交付番号 19—

(母子健康手帳・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
	健康保険証	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他										
	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 <input type="checkbox"/> 夫 (パートナー)・ <input type="checkbox"/> 子ども ( ) 人・ <input type="checkbox"/> 実父・ <input type="checkbox"/> 実母・ <input type="checkbox"/> 義父・ <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 祖父・ <input type="checkbox"/> 祖母・ <input type="checkbox"/> 兄・ <input type="checkbox"/> 姉・ <input type="checkbox"/> 弟・ <input type="checkbox"/> 妹・ <input type="checkbox"/> その他 ( )											
妊娠週数	週 <input type="checkbox"/> 単胎 ・ <input type="checkbox"/> 双胎以上					妊娠回数	回目 <input type="checkbox"/> 異常なし ・ <input type="checkbox"/> 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？					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
出産予定医療機関												
性感染症の検査	<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けていない					結核の検査	<input type="checkbox"/> 受けた ・ <input type="checkbox"/> 受けていない					
上記のとおり届けます。											届出日 令和 年 月 日	
三春町長											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: <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> オンライン	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 助言、情報提供。 <input type="checkbox"/> 要継続支援	面接者 <input type="checkbox"/> セルフ <input type="checkbox"/> 応援
特記事項:		

🌸🌸🌸 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できるように活用するもので、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	<input type="checkbox"/> 良い・ <input type="checkbox"/> 何ともいえない(具体的に )・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしい <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 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、お産の時に医師から何か問題があると言われていましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
今回の妊娠は、不妊治療をしましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 )	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(産後 月 日 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
家族について、困っていることはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 家族の病気介護 <input type="checkbox"/> 不仲 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名: )	
心配事や困り事はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 産後の育児 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 上の子のこと <input type="checkbox"/> 夫との関係(DVなど) <input type="checkbox"/> ご自身の健康面 <input type="checkbox"/> その他	
過去1か月に心の不調はありましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 落ち込む <input type="checkbox"/> 緊張や不安を感じる <input type="checkbox"/> 物事を楽しめない <input type="checkbox"/> 心配することを止められない <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(1日 ml) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(1日 本) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いる( <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> 同意しない ・ <input type="checkbox"/> 同意する		
本人署名 _____		