

母子健康手帳 No.		妊 娠 届 出 書					
ふりがな		生年月日	年齢	職 業			
妊婦氏名		年 月 日	歳				
		妊婦本人の個人番号			:	:	:
ふりがな		生年月日	年齢	職 業			
夫(パートナー) 氏名		年 月 日	歳				
居住地	池田市			連絡先	① ()		
					② ()		
妊 娠 月 数 (妊 娠 週 数)	カ月(満 週)	出 産 予 定 日		年 月 日			
これまでの妊娠歴	有()・無	妊娠の診断を受けた 医師または助産師の氏名					
		妊娠の診断を受けた 医療機関					
これまでの出産歴	有()・無	出 産 予 定 医 療 機 関				里帰り出産 有・無・検討中	
今回の妊娠は多胎妊娠とされていますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(双胎・品胎以上)					
1年以内に受けた検査(✓してください)		<input type="checkbox"/> 性感染症に関する検査(血液検査)					
		<input type="checkbox"/> 肺結核に関する検査(胸部エックス線等)					
上記のとおり届出します。なお、母子健康手帳と妊婦健康診査受診票を受領いたしました。							
		年 月 日					
池 田 市 長 様		届出人氏名		続柄()			
		(※届出人が妊婦以外の場合は、理由をお書き下さい。)			

❖裏面のアンケートもご記入ください。

届出時、下記をご持参ください。

妊娠届出書

個人番号のわかるもの

例：個人番号(マイナンバー)カード・通知カード・個人番号記載の住民票など

※通知カードは、氏名・住所等の記載事項に変更がない場合 または正しく変更手続きが取られている場合に限りです。

本人確認のできるもの

顔写真入りのものなら1点

例：個人番号カード・運転免許証・パスポート・障がい手帳など

顔写真なしのものなら2点

例：資格確認書・年金手帳・診察券など

担当者確認欄(HP用)

本人確認 個人番号

確認者名

--

※網掛け部分は妊婦給付認定の申請に必要です。

池田市では、安心して子育てができるよう、妊娠・出産・育児に関する相談を行っています。
 今後の相談の参考にさせていただくため、下記のアンケートもご記入下さい。

1	婚姻していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 入籍予定あり（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 入籍予定なし
2	今までに身体やこころの不調で、治療されたことや相談したことはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { こころの不調（疾患名： ） 高血圧・糖尿病・心臓病・結核・婦人科系疾患 その他（ ） <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> カウンセリング経験有
3	右記の中でご家族も含め現在取得・利用中のものがありますか。	<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 生活保護
4	あなたは、たばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた（吸っていた本数 本/日） <input type="checkbox"/> はい（ 本/日）
5	同居のご家族は、たばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（夫/パートナー・義父・義母・実父・実母・その他）
6	あなたは、お酒を飲みますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい
7	妊婦さんから見た続柄で同居している方に✓をしてください。	<input type="checkbox"/> 夫/パートナー <input type="checkbox"/> 子ども（ 人） <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
8	妊娠・出産・育児のことで相談相手はいますか。	<input type="checkbox"/> はい 夫/パートナー・義父・義母・実父・実母・兄弟・姉妹・友人・その他（ ） <input type="checkbox"/> いいえ
9	あなたは、子どもの頃に困ったことがあった時、親や家族に相談できましたか。	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> 適度に <input type="checkbox"/> できなかった
10	今回、予定した妊娠ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	妊娠が分かった時の気持ちで一番近い気持ちに✓をしてください。	<input type="checkbox"/> 嬉しい <input type="checkbox"/> 予定外で驚いたが嬉しい <input type="checkbox"/> 予定外で戸惑っている <input type="checkbox"/> 不安や負担感が大きい <input type="checkbox"/> 特に何も思わない
12	心配なこと・気がかりなことはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい { 妊娠や健康・産後の子育て・家族関係・経済面・住居・仕事・ 上の子の育児・その他（ ）

妊娠出産・育児支援のため、取得した情報を関係機関と共有することがあります。同意いただける場合は、以下に署名をお願いします。

（署名： ）

ご記入ありがとうございました☆