

母子健康手帳 No.	健診受診票 枚	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					
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			電 話	自宅 ()			
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(回)・無		妊娠の診断を受けた医師 または助産師の氏名					
これまでの出産歴	有(回)・無		妊娠の診断を受けた医療 機関					
性 病 に 関 す る 健 康 診 斷 の 有 無	受けた・受けていない		結 核 に 関 す る 健 康 診 斷 の 有 無	受けた・受けていない				
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ます。

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・顔写真入り住基カードなど

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

*網掛け部分は妊婦給付認定の申請に必要です。

担当者確認欄 (HP 用)
本人確認 個人番号

確認者名



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。

<健康状態>

- ① 今までに大きな病気や治療をしたことありますか。
 いいえ・はい【高血圧・糖尿病・心臓病・結核・その他（ ）】
- ② 今までに精神的なことでカウンセラーや心療内科・精神科などに相談したことがありますか。
 いいえ・はい（内容 ）
- ③ 下記の中でご家族も含め現在、取得・利用中のものがあれば、該当するものに○をつけてください。
 （精神障がい者保健福祉手帳・身体障がい者手帳・療育手帳・自立支援医療・生活保護）

<生活習慣>

- ④ あなたは、タバコを吸いますか。
 1.前から吸わない 2.禁煙した→いつ頃（ 週・月前） 3.喫煙中（ 本/日）
- ⑤ 同居のご家族で喫煙者はいますか。
 1.いない 2.いる→どなたですか【夫・パートナー・その他（ ）】
- ⑥ あなたはお酒を飲みますか。
 1.前から飲まない 2.妊娠がわかりやめた 3.現在も飲んでいる

<生活環境>

- ⑦ 妊婦さんからみた続柄で同居している人に○をつけてください。
 夫・パートナー・子ども（ 人）・義父・義母・実父・実母・その他（ ）
- ⑧ 体調や今後の育児等、心配なことや困ったことがあった時についてお聞きします。
 • 夫またはパートナーに相談できますか。
 1.できる 2.あまりできない 3.全くできない 4.いない
 • あなたの母親に相談できますか。
 1.できる 2.あまりできない 3.全くできない 4.いない
 • 他に相談できる人はいますか。
 （実父・義父・義母・兄弟・姉妹・友人・その他（ ））
- ⑨ あなたの子ども時代についてお聞きします。困ったことがあった時、親や家族に相談できましたか。
 1.できた 2.適度に 3.できなかった

<今回の妊娠について>

- ⑩ 今回、予定した妊娠でしたか。 はい・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ひとつ○をつけてください。
 1.嬉しい 2.予定外で驚いたが嬉しい 3.予定外で戸惑っている
 4.不安や負担感が大きい 5.特に何も思わない
- ⑫ 今回の妊娠・出産にあたり、心配なこと・気がかりなことはありますか。
 いいえ・はい【1. 妊娠や健康 2. 産後の子育て 3. 家族関係 4. 経済面 5. 住居
 6. 仕事 7. 上の子の育児 8. 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できます。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☆

