

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		
		妊婦本人の個人番号			
夫(パートナー) 氏名		生年月日	年齢	職業	
		年 月 日	歳		
居住地	池田市			電話	自宅 () 携帯 ()
妊娠月数 (妊娠週数)	ヵ月(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 助産師名又は医療機関名			
これまでの出産歴	有()・無	出産予定医療機関			
性病に関する 健康診断の有無	受けた・受けていない	結核に関する 健康診断の有無		受けた・受けていない	
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>池 田 市 長 様 届出人氏名 続柄 ()</p> <p>※届出人が妊婦以外の場合は、理由をお書き下さい。</p> <p>()</p>					

☆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

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：健康保険証・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



健康増進課では、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がありますか。
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

