

妊娠届出書		年度	個人番号(マイナンバー)						単	補助券交付番号	母子手帳番号	
									多			多胎
ふりがな		生年月日			職業	住所						
妊婦氏名		. . (歳)				電話番号()						
分娩予定日 : 年 月 日					妊娠週数 : 週 (ヶ月)							
妊娠の診断を受けた医療機関・助産所 :					現在の医療機関・助産所 (次回以降に受診予定)							
分娩予定の医療機関・助産所 :					都道府県 ()							
今回の妊娠判明後、性病に関する健康診断を受けましたか？					はい . いいえ							
今回の妊娠判明後、結核に関する健康診断を受けましたか？					はい . いいえ							
(あて先) 生駒市長					上記のとおり届出します			年 月 日				
					届出者氏名			(続柄)				

☆ご妊娠おめでとうございます☆

当市では、妊娠中～産後をより健康に過ごしていただくために、健康相談・育児相談を行っています。

皆様の妊娠経過を知り、ご出産や育児のお手伝いをしたいと思っておりますので、以下のアンケートにご協力お願いいたします。

この情報は、妊娠・出産・子育て支援以外の目的では使用いたしません。



ご結婚されていますか？	はい . いいえ . 未定 . 予定(年 月 頃)
児の父の氏名等をさしつかえなければ ご記入ください。	ふりがな 氏名 生年月日 . . (歳) 住所: 妊婦と同じ / 妊婦と異なる場合 職業 電話番号
今回の妊娠がわかった日と 初めて受診した日は いつですか？	妊娠判明日 月 日 受診日 月 日
今回の妊娠がわかった時 どのように感じましたか？	望んでいたのが嬉しかった / 予定外だが嬉しかった / とまどった 産むかどうか迷った / その他()
今回の妊娠のつわりの様子はいかがですか？	ない . ある (治療した / 入院した / 自然に経過)
今回の妊娠で切迫流産と言われていますか？	いいえ . はい (治療した / 入院した / 自宅安静)
あなたはアルコールを飲みますか？	いいえ . はい (本/日) . 以前飲んでた
あなたはタバコを吸いますか？	いいえ . はい (本/日) . 以前吸っていた
同居家族でタバコを吸う方はいますか？	いいえ . はい (夫・その他 [])
これまでにかかった病気はありますか？ 《あるとお答えの方へ》治療後の病気には○を、 現在も治療中の病気には◎をつけて下さい。	ない . ある ⇒ 糖尿病 / 高血圧 / 心臓病 / 腎臓病 / 肝臓病 甲状腺疾患 / 貧血 / 婦人科疾患 / 自己免疫疾患 不妊症 / 不育症 / その他()
これまでに心理的、あるいは精神的な問題で カウンセラーや精神科医、心療内科医に 相談したことがありますか？	ない . ある ⇒ 症状 () 時期 () 診断名 () カウンセリング (有 / 無) 内服 (有 / 無)
妊娠届出受付者	母子手帳発行日

2枚目に続く

母子手帳番号

今の心の状態はいかがですか？	安定している / 眠れない / イライラする / すぐ涙が出る その他 ()
妊娠中から産後にかけて 相談できる方はいますか？	いない / いる : パートナー / 実母・実父 / 義母・義父 / その他
出産後手伝ってくれる方はいますか？	いない / いる : パートナー / 実母・実父 / 義母・義父 / その他
あなたはパートナー(夫・恋人)との関係で 悩んでいることはありますか？	ない ある (内容:)
あなた自身は子どものころから愛されて育った という実感はありますか？	ある・あまりない・ない
現在、心配なことや気になることはありますか？	特になし / おなかの赤ちゃんのこと / 自分の体調のこと 仕事のこと / 経済的なこと / 上の子のこと / 家族の問題 人間関係 / 保育園 / その他 ()
《妊娠、出産が2回目以降の方へ》 前回の妊娠中や出産後に気持ちが不安定に なりましたか？	ならなかった なった / 少しなった⇒どのような様子でしたか？ ()

これまでの妊娠・出産 の状況を教えてください。 (今回の妊娠は、 含まれませ ん)	回	当時の年齢	状況	在胎週数	生下時体重	性別	特記事項
	例	30	出生・流産 死産・中絶	40 週	3,000 g	男児 女児	高血圧/糖尿病/貧血/出血 切迫流早産/骨盤位など
	1		出生・流産 死産・中絶	週	g	男児 女児	
	2		出生・流産 死産・中絶	週	g	男児 女児	
	3		出生・流産 死産・中絶	週	g	男児 女児	
	4		出生・流産 死産・中絶	週	g	男児 女児	

妊娠、出産の支援のために必要となる場合、市が関係機関や医療機関などと情報を共有させていただくことがあります。

どちらかに○をお願いいたします。 同意します / 同意しません

ご協力ありがとうございました。