

# 妊娠届出書

母子健康手帳交付NO. \_\_\_\_\_

|   |  |                |   |   |
|---|--|----------------|---|---|
| ふりがな  |  | 生年月日           | 年齢  | 職業（仕事内容）  |
| 妊婦氏名  | <input type="checkbox"/> 既婚<br><input type="checkbox"/> 未婚（入籍予定 あり・なし）                           | 昭和<br>平成 年 月 日 |   | <input type="checkbox"/> 続ける予定 <input type="checkbox"/> 辞める予定 |
| 居住地   | (〒 - )<br>久喜市  | 妊婦連絡先          | -   | -   |
|   |  | 自宅連絡先          | -   | -   |
|   |  | その他連絡先（続柄）     | -   | - ( )   |
| ふりがな  |  | 生年月日           | 年齢  | 職業（仕事内容）  |
| 夫氏名<br>(パートナー)  | (〒 - )   | 昭和<br>平成 年 月 日 |   |   |
| ※別居の場合の<br>居住地  |  | 夫（パートナー）連絡先    | -   | -   |
| 久喜市外への転出予定  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 年 月頃)                                   | 国籍             | <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 他( )               |   |
|   |  | 外国語版母子健康手帳     | ( ) 語版  |   |
| 出産予定日   | 令和 年 月 日   | 妊娠週数           | 満 週 ( か月)   |   |
| 妊娠の状態   | <input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎( 胎)                                      | 出産回数           | <input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産<br>(これまでの出産は 回) |   |
| 妊娠の診断・指導を受けた医療機関等の名称<br>(医療機関名および医師名、助産師名)  |  |                | 初診年月日<br>年 月 日  |   |
| 妊婦健診受診予定医療機関名<br>※診断と別の場合のみ記入   |  |                |   |   |
| 里帰り出産の有無  | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(医療機関名：<br>( ) 都道府県 ( ) 市町村)                |                |   |   |
|   | ※有の場合は医療機関名も記入   |                |   |   |
| 性病に関する<br>健康診断  | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない<br><input type="checkbox"/> これから受ける予定 | 結核に関する<br>健康診断 | <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない            |   |
| <p>母子保健法第15条の規定により、上記のとおり届け出ます。<br/>         なお、この届出による情報を、必要に応じて関係機関等と共有することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>久喜市長あて 届出人氏名 妊婦との関係 ( 本人・ )</p> |  |                |   |   |

|         |  |      |  |
|---------|--|------|--|
| 妊婦の個人番号 |  | 受付者名 | <input type="checkbox"/> 子ども家庭保健課<br><input type="checkbox"/> 子育て支援課 <input type="checkbox"/> 直行セ<br><input type="checkbox"/> 栗行セ <input type="checkbox"/> 鷲行セ |
|---------|--|------|--|

※※裏面にアンケートがありますのでご記入をお願い致します※※

<職員処理欄>

|          |   |      |   |
|----------|---|------|---|
| 当日<br>確認 | <input type="checkbox"/> 窓口に来られた方の本人確認 ( <input type="checkbox"/> 代理人確認 ) | 入力確認 | 交付 <input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> 管理台帳 |
|          | <input type="checkbox"/> 妊婦本人の住基確認  |      | 面談 <input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> 管理台帳 |
|          | <input type="checkbox"/> 年度内の市の子宮頸がん検診受診確認                                |      |   |

あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。秘密は堅く守りますので、以下についてもご記入をお願いします。

\* 妊婦さんについて

|  |  |
|--|--|
| 1. 現在の体調や妊娠経過はいかがですか？                                    | <input type="checkbox"/> よい<br><input type="checkbox"/> よくない⇒ <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 気持ちが不安定 <input type="checkbox"/> 切迫流早産 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病<br><input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
| 2. 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか？                              | <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だったがうれしかった<br><input type="checkbox"/> 予想外だったので戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> なんとも思わない<br><input type="checkbox"/> その他 (内容: )  |
| 3. あなたの妊娠を、夫（パートナー）や家族の方はどう感じていますか？                      | <input type="checkbox"/> 喜んでいた <input type="checkbox"/> 戸惑っていた <input type="checkbox"/> 困っていた <input type="checkbox"/> 驚いていた<br><input type="checkbox"/> 特になんとも言わなかった <input type="checkbox"/> どう感じていたのかわからない<br><input type="checkbox"/> その他 (内容: )   |
| 4. これまでの妊娠や出産について該当するものはありますか？                           | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不妊治療( 回) <input type="checkbox"/> 流産( 回) <input type="checkbox"/> 早産( 回)<br><input type="checkbox"/> 死産( 回) <input type="checkbox"/> 中絶( 回) <input type="checkbox"/> 帝王切開( 回)<br><input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 低出生体重児(2500g未満)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 5. 今までに心理的（精神的）な問題で、精神科（心療内科）を受診したり、カウンセラーに相談したことがありますか？ | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒どのような状況ですか：  |
| 6. これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか？                           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり⇒病名：心臓病 高血圧 腎疾患 糖尿病 肝炎 甲状腺<br>喘息 婦人科疾患 ( ) その他 ( )<br>●それはいつ頃ですか：( )才頃<br>●現在の状況：( 治療中 ・ 治療済 ・ 中断 )<br>●内服薬の有無： 無 ・ 有 (薬の種類： )   |
| 7. この1年間に2週間以上続く気になる症状はありましたか？                           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> 涙ぐみやすい<br><input type="checkbox"/> 何もやる気がしない <input type="checkbox"/> その他 ( )   |
| 8. 子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか？                          | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない  |

\* サポート環境について

| 9. 現在何人でお住まいですか？                  | ( )人   |   |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
|-----------------------------------|--|---|----------------|------|----------|--|---|-------|--|---|-------|--|---|-------|--|---|------|--|---|------|--|---|------------|--|---|------------|--|---|---------|--|---|
| 10. ご家族の状況はいかがですか？                | <table border="1"> <thead> <tr> <th>続柄</th> <th>同居の有無（居住市区町村名）</th> <th>健康状態</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>夫（パートナー）</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>子( 歳)</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>子( 歳)</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>子( 歳)</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>妊婦の母</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>妊婦の父</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>夫（パートナー）の母</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>夫（パートナー）の父</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> <tr> <td>その他 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>同居・<input type="checkbox"/>別居 ( )</td> <td><input type="checkbox"/>よい・<input type="checkbox"/>その他 ( )</td> </tr> </tbody> </table> | 続柄  | 同居の有無（居住市区町村名） | 健康状態 | 夫（パートナー） | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 子( 歳) | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 子( 歳) | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 子( 歳) | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 妊婦の母 | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 妊婦の父 | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 夫（パートナー）の母 | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) | 夫（パートナー）の父 | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) | その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( ) | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 続柄                                | 同居の有無（居住市区町村名）   | 健康状態  |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 夫（パートナー）                          | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 子( 歳)                             | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 子( 歳)                             | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 子( 歳)                             | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 妊婦の母                              | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 妊婦の父                              | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 夫（パートナー）の母                        | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 夫（パートナー）の父                        | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| その他 ( )                           | <input type="checkbox"/> 同居・ <input type="checkbox"/> 別居 ( )   | <input type="checkbox"/> よい・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 11. 家事、育児などに対する夫（パートナー）の協力はありますか？ | <input type="checkbox"/> 十分ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 夫不在  |   |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 12. 現在、お子様がいる方へ、育児は楽しいですか？        | <input type="checkbox"/> 楽しい <input type="checkbox"/> 楽しくない <input type="checkbox"/> どちらでもない   |   |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 13. 妊娠や育児について、気軽に相談できる人はいますか？     | <input type="checkbox"/> いる⇒ <input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父<br><input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> いない  |   |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |
| 14. 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"/> いる⇒ <input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父<br><input type="checkbox"/> 兄弟・姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> いない  |   |                |      |          |  |   |       |  |   |       |  |   |       |  |   |      |  |   |      |  |   |            |  |   |            |  |   |         |  |   |

\* その他

|   |   |
|---|---|
| 15. 現在、タバコを吸いますか？   | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい ( 本/日)  |
| 16. 現在、夫（パートナー）や同居家族はタバコを吸いますか？                           | <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい (誰が: ところで: )  |
| 17. 現在、アルコールを飲みますか？                                       | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい ( 本/日)  |
| 18. 現在、「知りたいこと」「気になること」「困っていること」「悩んでいること」など相談したいことはありますか？ | <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 自分の身体のこと <input type="checkbox"/> 住まいのこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと<br><input type="checkbox"/> 夫婦（パートナー）関係のこと <input type="checkbox"/> 家族関係のこと <input type="checkbox"/> 育児のこと<br><input type="checkbox"/> 保育園のこと <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> なし |

|       |       |     |  |
|-------|-------|-----|--|
| 面談年月日 | 年 月 日 | 面談者 | <input type="checkbox"/> 出産応援ギフト 申請書交付 |
|-------|-------|-----|--|