2019改

妊　娠　届　出　書

年　　月　　日

浦 臼 町 長　様

以下の通り、届出いたします。

		マイナンバー	
氏名		生年月日	年　月　日（　歳）
住所	浦臼町字	TEL	
職業	勤務先（　）	退職予定	無・有（　月頃）
健康保険	国民健康保険・社会保険・生活保護・未加入		
パートナー	氏名（　）　生年月日　年　月　日（　歳） 電話（　）　職業（　）　勤務先（　）		
妊娠の診断を受けた医療機関		初診月日	年　月　日
分娩予定施設（医療機関）	＊上記と違うとき記入して下さい		
出産予定日	年　月　日	現在の在胎週数	週

＊届出時の週数が１２週以降の方は、届出が遅れた理由をお書きください
・診察に行くのが遅れた　・妊娠に気づかなかった　・妊娠が確実になるまで様子を見ていた
・母子健康手帳をもらえるのを知らなかった　・届出に来るのが面倒くさかった　・妊娠継続を悩んでいた
・その他（　）

今後の母子健康管理の参考にしますので、以下の質問にお答え下さい

＃ 町内にお住まいになって、何年目ですか。　（　）年目

＃ 結婚した年齢は何歳ですか。　夫（　）歳　妻（　）歳　未婚

＃ 出産後の予定はどうですか
１．実家に帰らない。すぐ自宅に戻る。　２．実家に戻る。（　）頃に帰る予定。　３．その他
実家の住所連絡先

＃ 相談相手はいますか。・　・　・　・　・　・　・いない・いる（誰ですか　）
＃ 身近で協力してくれる人はいますか。・・・・・・・・・いない・いる（誰ですか　）

＃ 今回の妊娠について（どちらかに○印を）
１．自然に妊娠した　２．検査・治療して妊娠した
(タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精・手術・薬物療法・その他)

＃ 妊娠を知ったときの気持ちはいかがでしたか（いちばん近いもの１つに○印を）
１．とてもうれしかった　２．予想外で驚いたが嬉しかった　３．予想外で驚き戸惑った
４．困った　５．特になんとも思わなかった

＃ 現在心配に思うことはありますか
１．ない　２．妊娠・出産に関すること　３．おなかの子供に関すること　４．出産後のこと
５．上の子の育児〔具体的に　①いつも育児に自信が持てない　②子をもつ親同士の付き合い方　③親族からの干渉　④上の子への対応　⑤その他〕
６．自分の体調　７．仕事に関すること　８．家族のこと　９．経済面のこと

＃ 今までの妊娠について（あてはまるものに○印を）
１．初めての妊娠である　２．流産の経験がある(　回)　３．死産の経験がある(　回)
４．出産の経験がある　５．中絶の経験がある(　回)　６．新生児の子どもを亡くした経験がある(　回)

＃今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか。　ない・ある（　）
内服している薬剤名（　）

＃次の感染症にかかったことがありますか（あれば○印を）
風しん（三日はしか）・・・　はい　（　歳）　・　いいえ　・　予防接種を受けた
麻しん（はしか）　・・・　はい　（　歳）　・　いいえ　・　予防接種を受けた
水痘（水ぼうそう）　・・・　はい　（　歳）　・　いいえ　・　予防接種を受けた

＃タバコを吸いますか　・・・吸わない・吸う（１日　本）・吸っていたがやめた
パートナーはタバコを吸いますか　・・・吸わない・吸う（１日　本）・吸っていたがやめた
同居家族でタバコを吸う人がいますか・・・・いない・いる（だれですか？　）
＃酒類を飲みますか・・・飲まない・やめた・飲む・（年に数回、月に２回、週に２回、週に1回、毎日）（量　）

＃現在、つわりはありますか　・・・　ない　・　ある（症状　）

＃アレルギーはありますか　・・・　ない　・　ある　（何の？　）

＃食事は規則正しく１日３回とっていますか・・・はい　・いいえ