

No. /

個人番号 (マイナンバー)

妊 娠 届 出 書

白 井 市 長 様

※太枠内をご記入ください。(両面あります。)

届出日 年 月 日		届出者：本人・夫・父・母・その他 (続柄)			
ふりがな			★生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	
妊婦氏名			職 業	会社員・自営業・公務員・パート 主婦・学生・その他()	
妊婦が住民票を置いている所 連絡先	白井市 白井市に住んで (約 年)		携帯電話： () 緊急連絡先： () ↳ (氏名： 続柄：)	(※本人・パートナー以外の連絡先)	
居住地	同上 ・ 上記住所と別 (下記に住所を記入してください) 市 (様方) 電話： ()				
入籍はお済ですか	済 ・ 今後入籍予定 (年 月頃) ・ 予定なし				
父になる 予定の方 (パートナー)	氏名	続柄	生年月日 (年齢)	職業・所属	健康状態
	パートナーの電話： ()		※妊婦と別の住所の場合、以下にご記入ください パートナーの住所：		
同居家族 について (パートナー以外)			年 月 日 (歳)		良・不良 ()
			年 月 日 (歳)		良・不良 ()
			年 月 日 (歳)		良・不良 ()
			年 月 日 (歳)		良・不良 ()
医療機関 または 助産施設	(現在通院中の施設) 施設名： 所在地： 都道府県 区市町村 医師の氏名： (分娩予定施設名) ※現在通院している施設と異なる場合 施設名： 所在地： 都道府県 区市町村				
分娩予定日	年 月 日	妊娠週数	満 週		
分娩経験	なし ・ あり (回) 現在のお子さんの人数 (人)	不妊治療の 経験	なし ・ あり (治療期間： 年 ヶ月)		
流産	なし ・ あり (回)	死産	なし ・ あり (回)		
人工妊娠中絶	なし ・ あり (回)	早産	なし ・ あり (回)		
今までの妊娠・出産	貧血・妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症)・妊娠糖尿病・帝王切開・なし 2500g以下の児の出産 (いつ 年/体重 g/在胎週数 週)				
妊娠前の身長・体重	身長： cm	体重： kg	BMI：		
現在のあなたの体調はいかがですか。	良好・不良 (つわり・むくみ・性器出血・お腹の張り・腹痛・発熱・下痢・便秘 おりもの・頭痛・めまい・吐き気・嘔吐・貧血・その他 ())				
過去に治療した病気、又は現在治療中の病気はありますか。	なし・あり (心臓病・腎臓病・高血圧・結核・慢性腎炎・糖尿病・肝炎 うつ病・統合失調症・その他の精神的な病気・その他 ()) それは何歳の時ですか (歳～ 歳) 現在の治療状況：治療中・経過観察中・治療終了・治療中断・その他				
精神的なことでカウンセラーや心療内科・精神科等に相談や受診をしたことがありますか？	※ありの場合、それは何歳の時ですか？			なし ・ あり (※ 歳)	
この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありましたか？	いいえ ・ はい				
※この1か月間に、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか？	いいえ ・ はい				
※この1か月間に、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？	いいえ ・ はい				

裏面の記入もお願いします

