

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	自営業・会社員・パート・主婦・( )	
妊婦が住民票を置いている所	白井市 白井市に住んで (約 年) ※皆様に、両親学級等のご案内を郵送させていただいています。 自宅電話： ( ) 携帯電話： ( )				
現住所	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： ( )				
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
			年 月 日 ( 歳)		良・不良 ( )
	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：		
入籍はお済ですか	済 ・ 今後入籍予定 ( 年 月頃) ・ 予定なし				
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	現在通院中の施設名			出産予定施設名	※現在通院している施設と異なる場合
	所在地	都道府県	区市町村	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	
通院方法	自家用車 ・ バス ・ 電車 ・ タクシー ・ 徒歩 ・ その他 ( )				
分娩経験	なし ・ あり ( 回)		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・出産で当てはまるものはありますか。	貧血・妊娠高血圧症候群 (妊娠中毒症)・妊娠糖尿病・帝王切開 2500g以下の児の出産 (いつ 年/体重 g/在胎週数 週) なし				
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

出産前後の転居の予定はありますか。	なし ・ あり ( 年 月頃/どこへ )
母親(両親)学級をどこで受講予定ですか。	市 ・ 病院 ・ 未定 ・ 受講しない ・ その他 ( )
アルコールを飲みますか。	飲まない ・ 妊娠してやめた ・ 飲む ( 回/週 )
たばこを吸いますか。	吸わない ・ 妊娠してやめた ・ 吸う ( 本/日 )
同居家族でタバコを吸う人はいいますか。	吸う人はいない ・ 妊娠してやめた ・ 吸う (誰が )
今回妊娠した事をどう感じますか？	①うれしかった ②予想外で驚いたがうれしかった ③予想外で驚き戸惑った ④困った ⑤特に何とも思わなかった ⑥産むことを迷っている 理由を教えてください。 初めてのことだから・仕事との兼ね合い 予想外の妊娠だった・どうしたらよいかわからない その他 ( )
今回妊娠したことをパートナーはどう感じているようですか？	①うれしそうだった ②驚いていた ③戸惑っていた ④変わらなかった ⑤わからない ⑥その他 ( )
あなた自身は子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか？	①ある ②なんとなくある ③あまりない ④ない
ご実家の所在地はどこですか？	妊婦の実家 : _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____ パートナーの実家 : _____ 都道府県 _____ 区市町村 _____
出産後～1か月くらいをどう過ごされる予定でいますか？	①里帰り(実家・パートナーの実家) ②来てもらう (誰に ) ③自分たちで乗り切る ④その他 ( )
近くに子育てについて協力してもらえそうな人はいいますか？	①いる ②あまり頼れないがいる ③いない ④わからない ①②の場合、それはどなたですか？ パートナー・友人・実家・パートナーの実家・近所の人・その他 ( )
あなたのお仕事について教えてください。	仕事内容 (デスクワーク・立ち仕事・外回り・力仕事・その他 ) 職場では妊娠・出産に配慮してもらえますか？ はい ・ いいえ
産後のお仕事の予定を教えてください。	①産後も産休・育休取得後は仕事を続ける予定…仕事復帰時期 ( ) ②退職予定…退職時期 ( ) ③産後再就職予定…再就職を考えている時期 ( ) ④仕事をする予定はない ⑤迷っている ⑥その他 ( )
現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」はありますか？(複数回答可)	①妊娠・出産について ②自分の身体のこと ③パートナーとの関係 ④家族関係のこと ⑤育児の仕方 ⑥上の子の育児について ⑦出産時の交通手段 ⑧経済的なこと → ・健診や出産にかかる費用が準備できない ・直近の生活費がない ・その他 ( ) ⑨その他 ( ) ⑩特になし
歯科健診を受けていますか？	はい ・ いいえ

白井市では、母子ともに健やかに安心して過ごしていただけるように、妊娠期から子育て期にわたり、サポートが必要な方に早期から支援していきたいと考えています。妊産婦の健康維持・子どもの健全育成のために必要と判断されたときには、健康課が市子育て支援関係部署や医療機関等と情報を共有することに同意します。(健診未受診の時、所在不明の場合などで情報を共有させていただく場合があります。)

年 月 日 署名 \_\_\_\_\_