

妊 娠 届 出 書

市町村5年保管

市処理欄	母子健康手帳交付番号 第 号	発行場所	
------	----------------	------	--

太枠内と下のアンケートをご記入ください

フリガナ			個人番号															
妊婦氏名	□既婚 □未婚(入籍予定 有・無)		夫の氏名・年齢	歳														
生年月日	年 月 日生(満 歳)		世帯主氏名															
職業			住所	鴻巣市														
電話番号	保健センターからご連絡する場合があります 日中の連絡先をご記入してください		自宅・携帯:	( )														
※印は外国人のみ記入 ※国籍【 】																		
分娩予定日	年 月 日		妊娠週数	第 週		妊娠月数	第 月											
今回の妊娠で性病・結核に関する健康診断の有無			受けた ・ 受けていない															
診断または保健指導を受けたときは その医院名・医師名または助産所名・助産師名			病院名称: ( 市区町村)															
妊 娠 回 数			初回 ・ その他 ( 回目 )															
上記届出いたします 年 月 日 届出者氏名 (続柄 ) (あて先)鴻巣市長																		

【妊娠届出時アンケート】複数回答可

※このアンケートは、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます

1. 現在、あなたの体調はいかがですか？
①良好 ②疲れやすい ③よく眠れない ④イライラする ⑤その他 ( )
2. 今回の妊娠がわかったときのお気持ちはいかがでしたか？
①嬉しかった ②驚いたが嬉しかった ③困った ④ホッとした ⑤何とも思わない ⑥戸惑った ⑦その他 ( )
3. 現在治療中の病気はありますか？
①ない ②ある(疾患名: )
4. あなたが悩んでいるときに相談にのってくれたり、協力をお願いできる人はいますか？
①いる(配偶者・実家・義母・友人・兄弟・その他) ②誰もいない
5. 心配なこと、不安なこと、困っていることなど相談したいことはありますか？
①ない ②ある(妊娠、出産について・家族・仕事・体調・経済面・その他( ))
6. 次のような習慣はありますか？
①喫煙 ある(本/日)・ない ②飲酒 ある(本/日)・ない

※事務処理欄 受理担当者名 ( ) <input type="checkbox"/> 個人番号についての説明 <input type="checkbox"/> 保健師・助産師からの連絡・相談についての説明
---

妊 娠 届 出 書

市町村5年保管

市処理欄	母子健康手帳交付番号	第	号	発行場所	
------	------------	---	---	------	--

太枠内と下のアンケートをご記入ください

フリガナ	コウノス ハナコ		個人番号												
妊婦氏名	鴻巣 花子		夫の氏名・年齢	鴻巣 太郎		31		歳							
	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚(入籍予定 有・無)		世帯主氏名	同上											
生年月日	**年 **月 **日生 (満 30 歳)		住所	鴻巣市吹上498											
職業	公務員		自宅・携帯	048 ( 548 ) 6252											
電話番号	保健センターからご連絡する場合があります 日中の連絡先をご記入してください														
※印は外国人のみ記入 ※国籍【															
分娩予定日	2019年 10月 1日		妊娠週数	第 8 週		妊娠月数	第 3 月								
今回の妊娠で性病・結核に関する健康診断の有無			<input checked="" type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない												
診断または保健指導を受けたときは その医院名・医師名または助産所名・助産師名			病院名称:	〇〇クリニック		( 市区町村 )									
				〇〇医師											
妊 娠 回 数			初回 ・ <del>その他</del> ( 2 回目 )												
上記届出いたします。 2019年 4月 1日 届出者氏名 鴻巣 花子 (続柄 本人 ) (宛先)鴻巣市長															

【妊娠届出時アンケート】複数回答可

※このアンケートは、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます

1. 現在、あなたの体調はいかがですか？
①良好 ②疲れやすい ③よく眠れない ④イライラする ⑤その他 ( )
2. 今回の妊娠がわかったときのお気持ちはいかがでしたか？
①嬉しかった ②驚いたが嬉しかった ③困った ④ホッとした ⑤何とも思わない ⑥戸惑った ⑦その他 ( )
3. 現在治療中の病気はありますか？
①ない ②ある (疾患名: )
4. あなたが悩んでいるときに相談にのってくれたり、協力をお願いできる人はいますか？
①いる ( 配偶者 ・ 実家 ・ 義母 ・ 友人 ・ 兄弟 ・ その他 ) ②誰もいない
5. 心配なこと、不安なこと、困っていることなど相談したいことはありますか？
①ない ②ある ( 妊娠、出産について ・ 家族 ・ 仕事 ・ 体調 ・ 経済面 ・ その他 ( ) )
6. 次のような習慣はありますか？
①喫煙 ある ( 本/日 ) ・ ない ②飲酒 ある ( 本/日 ) ・ ない

※事務処理欄
受理担当者名 ( )
<input type="checkbox"/> 個人番号についての説明
<input type="checkbox"/> 保健師・助産師からの連絡・相談についての説明