

妊 娠 届 出 書（母子健康手帳交付申請書）

届出日	令和 年 月 日	※（市記入）母子手帳交付日 _____			
		母子手帳交付番号 第 _____ 号			
フリガナ		年 齢	生年月日	職 業	
妊婦氏名		歳	年 月 日		
		個人番号			
フリガナ		年 齢	生年月日	職 業	
父となる者氏名		歳	年 月 日		
国 籍		世帯主氏名			
住民登録地	羽生市		妊娠週数(妊娠月数)	第 週 (第 月)	
			出産予定日	年 月 日	
	電話番号 <input type="checkbox"/> 妊婦の電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 父となる者の電話 <input type="checkbox"/> その他の電話 ()		妊娠回数	今回の妊娠は 回目	
			出産回数	今までの出産回数は 回	
受診予定病院等	(都道府県)		妊娠の状況	自然に妊娠した・治療で妊娠した	
出産前後の 里帰り予定	有・無	都道府県	婚姻の状況	既婚・未婚(入籍予定 有・無)	
	通院予定病院名		入籍(予定)日	年 月 日	
喫煙の有無	本人：有・無 父となる人：有・無		性病に関する 健康診断	受けた・受けていない	
アルコール摂取有無	有・無		結核に関する 健康診断	受けた・受けていない	
診断・保健指導を 受けた時は その医師・助産師氏名			加入保険	健保・国保・その他	

※個人番号の記載がない場合はこちらで確認させていただくことがあります。

母子保健法第15条の規定により上記の通り届けます。

※下記に同意していただける場合は、シ点をに入れてください。

出産の支援のため、必要な場合は、妊娠届書・アンケートの内容等について、自治体、関係機関が情報共有することに同意します。
(19条第2項、22条第3項)

国の「低所得の妊婦に対する初産科受診料支援事業」を行うにあたり、所得判定のため、世帯の課税状況を確認することに同意します。

届出者 氏名 _____ 妊婦本人・夫（パートナー）・その他（ _____ ）

住所（本人の場合は省略可） _____

妊婦さんへのアンケート（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。

ご記入いただいた内容は個人情報として保護いたしますので安心してご記入ください。なお妊娠中や赤ちゃんが生まれたら、必要に応じて担当者からご連絡いたします。

1. 今回の妊娠がわかった時のお気持ちはいかがでしたか？

④うれしい ⑤なんとも思わない ③びっくりした ①ホッとした ⑥困った ⑦戸惑った ②その他
理由（ ）

2. 心配なこと、不安なこと、困っていること等がありますか？

ない ある→ ④妊娠・出産のこと ⑤パートナーのこと ③家族のこと ①仕事のこと ⑥経済的なこと
⑦親族の病気や障害 ②その他（ ）

3. 悩みや困ったことなど、相談できるのはどなたですか？

④夫 ⑤実父母 ③義父母 ①兄弟姉妹 ⑥友人 ⑦相談相手がいない ②その他

4. 妊娠中から産後にかけて、支援してくれる人はいますか？

④夫 ⑤実父母 ③義父母 ①兄弟姉妹 ⑥友人 ⑦相談相手がいない ②その他

5. 今までに大きなケガや病気をしたことはありますか？

ない ある→ _____歳 ~ _____歳のころ
診断名（ ） 受診機関名（ ）
例…高血圧、喘息、糖尿病、甲状腺、子宮筋腫、リウマチ、弱視、難聴、心臓、肝臓、腎臓、血液、脳、がん その他
現在は 完治した・通院中である…（ ）カ月に一回 治療内容（ ）
お薬の処方（ あり・なし ）

6. 今までに心理的（精神的）な悩みで、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？

ない ある → _____歳 ~ _____歳のころ相談（受診）した
診断名（ ） 受診機関名（ ）
例…うつ 不安神経症 パニック障害 適応障害 自律神経失調症 統合失調症など
現在は 完治した・通院中である…（ ）カ月に一回 治療内容（ ）
お薬の処方（ あり・なし ）

7. 障害者手帳をお持ちですか？

ない ある → （身体・精神）手帳（ ）級、療育手帳（ ）

8. ここ1年間にうつ状態が2週間以上続いたことはありますか？

ない ある → _____月~_____月頃 どのような様子でしたか？（ ）
例…眠れない 不安になる 涙もろくなる

9. 今までの妊娠・出産で、何か特別なことはありましたか？

ない ある → ④切迫早産 ⑥流産・死産 ③赤ちゃんの病気・障害
①お母さんの病気・障害 ⑦気持ちが不安定になった ②体の戻りに時間がかかった
⑤その他（ ）