

妊娠届出書

届出日 R 年 月 日

(あて先) 成田市長 様

届出者氏名

(続柄)

妊婦	フリガナ			
	氏名			
	個人番号	生年月日	S・H 年 月 日 (才)	
	住所	成田市	電話番号	()
	国籍(外国人のみ)			
職業	会社員・自営業・公務員・パート・専業主婦・学生・その他()			
パートナー	フリガナ	生年月日	S・H 年 月 日 (才)	
	氏名	職業	会社員・自営業・公務員・パート・無職・学生・その他()	
婚姻状況	①婚姻している ②今後婚姻を予定している (R 年 月頃) ③婚姻予定なし ④未定			
受診した医療機関	() 市			
分娩予定日	R 年 月 日	妊娠週数	現在 週	
分娩経験	①なし ②あり (回)	不妊治療の経験	①なし ②あり	
里帰り予定	①なし ②あり (県 市)			
流・早・死産	①なし ②あり (自然流産 回・人工流産 回・早産 回・死産 回)			
疾病歴	①なし ②あり(治癒・治療中) ②ありの方 (受診医療機関: 内服薬:) [高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・膠原病・ 精神疾患(うつ病・統合失調症・パニック障害・双極性障害・自律神経失調症) その他 ()]			
現在の自覚症状の有無	①なし ②あり [つわりがある・気分が沈む・イライラする・涙もろい・眠れない その他 ()]			

●個人情報の取扱いについて

記入した内容について、妊娠・出産・子育てへの支援のために必要に応じて市から関係機関に対し、
情報提供することに同意します。

《署名 _____》

本人確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード+運転免許証	<input type="checkbox"/> 通知カード+その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()
宛名番号	母子健康手帳発行No	取扱者名		

★ 妊娠・出産に関することについてお伺いします ★

*ご妊娠おめでとうございます。安心して出産していただけるようサポートしたいと考えておりますので、アンケートに記入をお願いします。

1. 今回の妊娠をどのようにうけとめていますか ①嬉しかった ②予想外で驚き戸惑った ③困った ④不安を感じた ⑤特に何とも思わなかった
2. 近くに相談できる人や場所はありますか ①はい（夫・実家・友人・近所の方・他） ②いいえ
3. 出産後に家事や育児を手伝ってくれる人はいますか ①はい（夫・実家・友人・近所の方・他） ②いいえ
4. 生活に困っているなど、経済的な不安はありますか ①いいえ ②はい
5. 上のお子さんがある場合、上のお子さんのことで心配はありますか ①いいえ ②はい
6. 精神的なことでカウンセラーや心療内科・精神科・メンタルクリニックなどに相談したことはありますか ①いいえ ②はい
7. あなた自身は子どもの頃、愛情を受けて育ったという実感はありますか ①はい ②いいえ
8. 1年以内に歯科受診しましたか ①はい（理由：治療・予防・健診・その他） ②いいえ
9. かかりつけの歯科医はいますか ①はい ②いいえ ③わからない
10. 朝食は食べていますか ①はい ②いいえ（つわりで・習慣で・その他）
11. 食事は主食・主菜・副菜をとれていますか ①はい ②いいえ（つわりで・習慣で・その他）
12. 飲酒はしていますか ①飲んでいる（ ml/日・週） ②妊娠によりやめた ③飲まない
13. 喫煙はしていますか ①吸っている（ 本/日） ②妊娠によりやめた ③吸わない ④周囲に吸う人がいる
14. その他相談はありますか ①いいえ ②はい（ ）

妊婦・乳児健康診査受診票交付申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長 様

申請者 氏名 :

妊婦・乳児健康診査受診票の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

妊婦	フリガナ				
	氏名				
	個人番号	生年月日	S・H	年	月 日 (才)
	住所	成田市 電話番号 ()			

※申請者は妊婦健康診査受診者本人に限ります。

※受診票は母子健康手帳を使用する本人のみ使用可能です。全部又は一部を第三者に譲渡・転売することを禁じます。また、再発行はできません。

受診票受領サイン : _____