

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			
妊娠確定した医療機関	病院名:		電話番号: ()	
	所在地:		医師名:	
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 ()]			

●以下の項目をご確認いただき、☑をお願いいたします。

- 医療機関において胎児の心音が確認されました。
- この届出をもって子ども子育て支援法第10条の9、第1項に基づく妊婦のための支援給付を受ける資格を有することについての認定申請を希望します。
- 個人情報の取扱いについて、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、ご記入いただいた情報を提供することに同意します。

《署名:

》

★ 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（ ）

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
	（言語： ）	（入力確認 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目）

妊産婦・乳児に係る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・産婦健康診査受診票及び乳児・1か月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 ()		

※申請者は妊産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 : _____