

妊 娠 届 出 書

受付印

母子手帳番号

※太枠の中(裏面も)をご記入ください。 交換申請は個人番号を記入しないでください。

新規申請

交換申請(転入)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|--|----------------|---------|------------|-----------------|-----------------|-------------|--|-------------|--|--|--|--|
| 個人番号 (マイナンバー) | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | 生年月日 | 年 月 日(歳) | | | 職業 | | | | | | |
| 妊婦氏名 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | 生年月日 | 年 月 日(歳) | | | 職業 | | | | | | |
| 夫(パートナー)の氏名 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 那賀町 | | | | 自宅電話番号 | | | | | | | | | |
| 里帰り先の住 所 | | | | | 今までの妊娠・ | 妊娠 なし ・ あり (回) | | | | | | | | |
| 妊娠週数 | 週 | | 出産予定日 | R 年 月 日 | | 出産回数 | 出産 なし ・ あり (回) | | | | | | | |
| 診断・保健指導を受けた病院名、医師、助産師名等 | 医療機関名 | | | | | | 医師・助産師から受けた注意事項 | なし あり() | | | | | | |
| | 医師・助産師氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| 妊娠してからの性病及び結核に関する健康診断の有無 | 性病に関する健康診断 | | 1 受けた 2 受けていない | | 結核に関する健康診断 | | 1 受けた 2 受けていない | | | | | | | |
| 前回妊娠中の経過 | 1 問題なし 2 ひどいつわり 3 切迫流早産 4 妊娠高血圧症候群 5 妊娠糖尿病 6 貧血 7 浮腫(むくみ) 8 尿蛋白 9 尿糖 10 その他() | | | | | | | | | | | | | |
| 前回出産状況 | 1 問題なし 2 帝王切開 3 その他() | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の出産児の状況 | 1 問題なし 2 低出生体重児(2,500g未満) 3 その他() | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 那賀町長 殿 | | | | | 届出者氏名 | | | | | 印 (妊婦との続柄) | | | | |

※管理・処理等の目的のために住民基本台帳ネットワークシステムの閲覧することに同意したものととして受理します。

裏面へ続く

※妊娠届は統計・保健指導等に活用されることに同意したものととして受理します。

※個人番号(マイナンバー)を記載した場合、個人番号を母子保健法に基づく各事務に利用することに同意します。

※個人番号(マイナンバー)を記載されない場合、住民基本台帳ネットワークシステムより個人番号を取得することに同意します。

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 職員使用欄 受付者 () | | | | | | | | | |
| 番号確認書類 | <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号記載有) <input type="checkbox"/> 住基確認 | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 | 1点 <input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| 身元確認書類 | 2点 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| 代理権確認 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |

那賀町では、安心して妊娠・出産・子育てが行えるように育児支援を行っています。下記の質問は育児支援のために必要な内容となっておりますので、ご記入にご協力よろしくお願いします。

※以下の太枠の中をご記入ください。

| | |
|--|--|
| 日常生活・健康状態 | 1今までにかかった病気はありますか？ |
| | なし・あり(糖尿病・高血圧・心臓病・腎臓病・肝炎・こころの病気・その他()) |
| | 2治療中の病気はありますか？ |
| | なし・あり() |
| | 3身長と妊娠前の体重をご記入ください。 |
| | 身長(cm) 体重(kg) |
| | 4妊婦さんの飲酒状況について教えてください。 |
| | 1飲まない 2時々飲む 3毎日飲む (何を)を(量 合/回) |
| | 5妊婦さんの喫煙状況について教えてください。 |
| | 1 吸わない 2 以前吸っていたがやめた 3 吸う(1日約 本) 4 妊娠してやめた |
| | 6夫(パートナー)の喫煙状況について教えてください。 |
| | 1吸わない 2以前吸っていたがやめた 3吸う(1日約 本) 4妊娠してやめた |
| 妊娠・出産 | 7同居家族の喫煙状況を教えてください。 |
| | 1吸わない 2吸う (誰が) |
| | 8つわりの程度を教えてください。 |
| | 1ない 2軽い 3普通 4強い |
| | 1妊娠したときの気持ちを教えてください。 |
| | 1うれしい 2ややうれしい 3どちらともいえない 4ややうれしくない 5うれしくない |
| | 2出産後、赤ちゃんとの生活を楽しめると感じますか？ |
| | 1思う 2やや思う 3どちらともいえない 4ややうれしくない 5うれしくない |
| 3夫(パートナー)とお腹の赤ちゃんについて話しますか？ | |
| 1よく話し合う 2時々話し合う 3あまり話さない 4まったくない 5夫は不在 | |
| 4夫(パートナー)の家事や育児に対する協力はありますか？ | |
| 1じゅうぶんある 2ときどきある 3あまりない 4まったくない 5夫は不在 | |
| 家族 | 1同居している家族構成について教えてください。 |
| | 同居人数(名) 夫 子ども 人 夫の父 夫の母 自分の父 自分の母 その他() |
| | (今までに出産された方のみ)上のお子さんについてどう感じますか？ |
| | 1かわいい 2かわいくない 3時々うるさく感じる 4その他() |
| | (今までに出産された方のみ)ご主人(パートナー)と上のお子さんについて話しますか？ |
| 1よく話し合う 2時々話し合う 3あまり話さない 4まったく話さない | |
| 妊娠中に、保健師の家庭訪問を希望しますか？ 1いいえ 2はい | |

※希望される方には、後日保健師からご連絡させていただきます。

那賀町では地区担当制をとっており、お住まいの地区の保健師が継続的にサポートします。

※妊娠期間中、また出産後も困ったことがありましたらお気軽に保健センターにご相談ください。