

# 妊 娠 届 出 書

兼 妊婦・1か月児一般健康診査受診票交付申請書

※下記の太枠内と裏面へのご記入をお願いします。

届出日	平成 年 月 日	個人番号 (マイナンバー)																		
	氏 名		生年月日		職 業															
妊婦	ふりがな -----		年 月 日 ( 歳)		1 : 有 (勤務先名 : ) 2 : 無															
夫 (パートナー)	ふりがな -----		年 月 日 ( 歳)		1 : 有 (勤務先名 : ) 2 : 無															
住 所	福井市				電話	(自宅) (携帯)														
過去の出産回数	1 : 無 2 : 有 ( 回)				保険	国保 社保 共済 その他 ( )														
妊 娠 週 数	週		出産予定日	平成 年 月 日																
妊娠の診断を受けた医療機関	病院名 :																			
出産予定の医療機関 <small>(診断を受けた医療機関と異なる場合のみ)</small>	病院名 :																			
代理届出者 <small>(妊婦本人以外の方が届出された場合のみ)</small>	<住所>				<電話>															
	<氏名>				<続柄>															

⇒裏面のご記入をお願いします。

< 受付者記入欄 >

交付番号	4	2	9																	
------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

整理番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

交付場所	1 保健センター	7 森田連絡所
	2 清水保健センター	8 東足羽連絡所
	3 市民課	9 国見連絡所
	4 美山総合支所	10 川西連絡所
	5 越廼総合支所	11 殿下連絡所
	6 清水総合支所	

区分	手 帳	妊婦健診受診票	1か月児健診受診票
	<input type="checkbox"/> 正規	<input type="checkbox"/> 正規	<input type="checkbox"/> 正規
	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 転入
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 交付なし	<input type="checkbox"/> 交付なし
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
	外国語版	【転入の場合】	
	語	交付した票の番号	
	【国籍】	妊健 ( ~ )	
		血液・子宮	
		HTLV-1・クラミア	

確認	表	裏	受付	入力

# 妊娠届出時アンケート

福井市では、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、妊娠中からの支援を行っています。その際の参考にするため、次の質問へのご回答をお願いします。妊婦さんが安全で安心な出産を迎えられるよう、保健師から連絡または関係機関に情報提供させていただく場合があります。ご記入いただいた内容は上記目的以外には使用いたしません。  
※上記事項に同意されない方は申し出てください。

**1. 今回の妊娠が分かったときの気持ちで一番近いものを教えてください。**

- ①うれしかった      ②予想外で驚いたがうれしかった      ③予想外で驚き戸惑っている  
④困った・うれしくなかった      ⑤その他 ( )

**2. 今回の妊娠を知った、夫（パートナー）の反応に一番近いものを教えてください。**

- ①喜んだ      ②予想外で驚いたが喜んだ      ③予想外で驚き戸惑っている  
④困った・喜ばなかった      ⑤その他 ( )

**3. 出産後、赤ちゃんとの生活を楽しめるとおもいますか。**

- ①思う      ②やや思う      ③あまり思わない      ④思わない      ⑤わからない

**4. 妊娠中、出産後に困ったときに気軽に相談できる人はいますか。**

- ①夫（パートナー）      ②実父母      ③義父母      ④友人      ⑤兄弟・姉妹      ⑥近所の人  
⑦その他 ( )      ⑧いない

**5. 妊娠中、出産後に協力してくれる人はいますか。**

- ①夫（パートナー）      ②実父母      ③義父母      ④友人      ⑤兄弟・姉妹      ⑥近所の人  
⑦その他 ( )      ⑧いない

**6. 現在、「困っている」「悩んでいる」「不安」なことはありますか。**

- ①ない      ②ある {ア. 妊娠・出産について      イ. 自分の健康状態      ウ. 夫（パートナー）の健康状態      エ. 経済面  
オ. 夫（パートナー）との関係（身体的・精神的暴力）      カ. その他 ( ) }

**7. 婚姻についてお聞きします。**

- ①既婚      ②未婚（入籍予定      あり・なし）

**8. 里帰り出産の予定はありますか。**

- ①はい {本人（妻）の実家・夫の実家 }      ②いいえ

**9. 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。**

- ①ない      ②ある {ア. 高血圧      イ. 糖尿病      ウ. 心臓病      エ. 慢性腎炎      オ. 甲状腺の病気  
カ. 精神疾患（病名：      ）      キ. その他 ( )  
※① それはいつ頃からですか？ (      歳頃)  
※② 現在の状況：(ア. 現在治療中      イ. 経過観察中      ウ. 完治      エ. 中断)

**10. たばこを吸いますか。**

- 妊婦：①吸わない      ②やめた（妊娠して・それ以前）      ③吸う（1日      本）  
家族：①吸わない      ②やめた（妊娠して・それ以前）      ③吸う（1日      本）⇒どなたですか（続柄：      ）

**11. 現在、アルコールは飲みますか。**

- ①飲まない      ②飲む【(      ) 本・合/日・週・月 →種類 (      )】

**12. 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ある      ②なんとなくある      ③あまりない      ④ない

**13. 妊娠15週以降に届出された方にお聞きします。届出が遅れた理由を教えてください。**

{      }

**14. 今回の妊娠・出産・育児について心配なこと、相談したいことがあればご記入ください。**

{      }

<受付者記入欄>

相談対応者：