

妊 娠 届 出 書

兼 妊産婦・新生児聴覚検査受診票・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	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)	勤務先															
	□既婚 □未婚 →入籍予定(あり・なし)			雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣/契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他														
				国籍 (外国籍の方のみ)															
夫 (パートナー)	ふりがな -----		年 月 日 (歳)	職 業															
				勤務先															
				雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣/契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他														
住 所	福井市			電 話	(妊婦) (夫/パートナー)														
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	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 (診断を受けた医療機関と異なる場合のみ)	病院名:																		
(同意される場合は、妊婦本人が□にチェックを記入してください。)																			
<input type="checkbox"/> 妊娠の診断を受けた医療機関において胎児の心音が確認されたので、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ことについての認定を申請します。																			
代理届出者 (妊婦本人以外の方が届出された場合のみ)	氏 名	(続柄:)			住 所														
	電 話				代理届出理由														

裏面に続きます

< 受付者記入欄 >

交付番号	5	0	7						
------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 本人確認 (マイナンバーカード / 運転免許証 / 保険証 / その他) <input type="checkbox"/> 身分証コピー(代理申請の場合)
マイナンバー確認欄	<input type="checkbox"/> 番号確認あり <input type="checkbox"/> 番号確認なし →照会の同意を得る

区分	手 帳	妊産婦健診受診票	1か月児健診受診票
	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 外国語版 _____ 語	【転入の場合】 転入日() <input type="checkbox"/> 受診券回収 交付した票の番号 <input type="checkbox"/> 妊健(~) <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> HTLV-1 <input type="checkbox"/> クラミジア <input type="checkbox"/> 産婦健診	新生児聴覚検査受診票 <input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 交付なし <input type="checkbox"/> その他

受		入	
付		力	

妊娠届出時アンケート

※分かる範囲で配偶者（パートナー）の箇所の記入もお願いします。 記入者： 妊婦・夫（パートナー）・その他（ ）

1	今回の妊娠が分かったときの気持ちや反応で一番近いものを教えてください。	妊婦	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（ ）
		夫 (パートナー)	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（ ）
2	出産後、赤ちゃんとの生活を楽しめると思えますか。	妊婦	1 思う 2 やや思う	3 あまり思わない 4 思わない 5 その他（ ）
		夫 (パートナー)	1 思う 2 やや思う	3 あまり思わない 4 思わない 5 その他（ ）
3	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。	妊婦	1 ある 2 なんとなくある	3 あまりない 4 ない 5 その他（ ）
		夫 (パートナー)	1 ある 2 なんとなくある	3 あまりない 4 ない 5 その他（ ）
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 兄弟・姉妹	5 友人 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（居住地： ） 3 義父母（居住地： ） 4 兄弟・姉妹	5 友人 6 近所の人 7 その他（ ） 8 いない
6	出産にあたり、実家等に帰省する予定はありますか。		1 ある <input type="checkbox"/> 妊婦の実家 <input type="checkbox"/> 夫（パートナー）の実家	2 ない
7	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 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他（ ） ※それはいつ頃からですか？（ 歳頃） ※現在の状況（ <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 中断 ）	2 ある →下記に記入してください
8	今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医、または心療内科医師などに相談したことがありますか。		1 ない 病名（ ） ※それはいつ頃からですか？（ 歳頃） ※現在の状況（ <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 中断 ）	2 ある →下記に記入してください
9	7、8で「2 ある」と回答された方へ手帳や利用中のサービスなどはありますか。		1 ない	2 ある（ ）
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（ 本/日）
		家族	1 吸わない 2 やめた→(妊娠して・それ以前)	3 吸う（ 本/日） ⇒どなたですか（ ）
11	現在、アルコールは飲みますか。		1 飲まない 2 妊娠してやめた	3 飲む →頻度（ 本/日・週） 種類（ ）
12	現在、「困っている」「悩んでいる」「不安」なことはありますか。 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。		1 ない <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 上の子について <input type="checkbox"/> 入園について <input type="checkbox"/> 自分の健康状態 <input type="checkbox"/> その他の家族の健康状態(介護・看護) <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)の健康状態 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)との関係(身体的・精神的暴力) <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> その他（ ）	2 ある→下記に記入して下さい { }
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。		{ }	{ }

福井市では、すこやかな妊娠、出産、子育てを支援するために、妊娠届出書及びアンケートに基づき、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きます場合があります。ご記入いただいた内容は前述の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。

相談対応者：

〈受付者記入欄〉