

# 妊 娠 届 出 書

交付日	交付番号	
	健康保険	国保・社保・その他

フリガナ 妊婦氏名		生年月日	( 歳)	職 業	
フリガナ 夫の氏名 (パートナー)		生年月日	( 歳)	職 業	
住 所	潮来市		個人番号 (妊婦)		
			電 話 番 号	自宅	
				携帯	
妊娠週数	第	週	単胎	・	多胎
出産予定日	年	月	日		
妊 娠 歴	妊娠回数 (今回の妊娠を含む)		流産 ( 回)	早産 ( 回)	
	出産回数		低体重児 (2,500g未満) ( 回)	巨大児 (4,000g以上) ( 回)	
受診した 医療機関	医療機関名				
出産予定 医療機関	医療機関名				

上記のとおり届出いたします。

年 月 日

潮 来 市 長 様

届出者氏名 \_\_\_\_\_ (妊婦との続柄 )

**【確認事項】**

- ◎母子保健サービスに関して必要な住民基本台帳ネットワークシステム等の情報について、潮来市が調査、取得、利用することがあります。
- ◎妊娠届出書及び妊婦支援質問票の情報は、母子保健サービスの実施における関係機関との連携や災害時の支援のために利用することがあります。
- ◎妊娠期から子育てまでの切れ目ない支援のため、地区担当保健師からご連絡することがあります。また、必要に応じて、潮来市が医療機関や関係機関と情報共有することがあります。

このことについて同意します。

年 月 日 本人署名 \_\_\_\_\_

# 妊婦支援質問票

※この質問票は、かすみ保健福祉センター・子育て包括支援センターが妊婦の方へ適切な支援を行うために使用いたします。個人情報 は目的以外に使用することはありませんので、可能な範囲でお答えください。

該当する○に✓を入れてください

1. 喫煙	<input type="radio"/> 普段から吸わない	<input type="radio"/> 妊娠中のため吸わない	<input type="radio"/> 現在も吸っている ( 本/日)
2. 飲酒	<input type="radio"/> 普段から飲まない	<input type="radio"/> 妊娠中のため飲まない	<input type="radio"/> 現在も飲んでいる ( ml/日)
3. 妊娠前の身長・体重について教えてください	身長	cm	体重 Kg
4. 今回の妊娠について教えてください	<input type="radio"/> 自然に妊娠 <input type="radio"/> 治療して妊娠 (治療期間 年 か月)		
5. 妊娠が分かった時のお気持ちはいかがでしたか	<input type="radio"/> うれしい	<input type="radio"/> 予想外だったがうれしい	<input type="radio"/> 予想外で戸惑った
	<input type="radio"/> 困った	<input type="radio"/> 何とも思わない	
6. 夫(パートナー)が妊娠を知った時の反応はいかがでしたか	<input type="radio"/> よろこんだ	<input type="radio"/> 何とも言えない	<input type="radio"/> よろこべない
	<input type="radio"/> まだ知らせていない	<input type="radio"/> 知らせない	
7. 今までにかかった大きな病気や治療中の病気はありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( 歳頃・診断名 )		
	<input type="radio"/> 現在治療中		
8. 今までに心理的・精神的な面で、医療機関や相談機関に相談したことはありますか	<input type="radio"/> ない <input type="radio"/> ある ( 歳頃・診断名 )		
	<input type="radio"/> 現在治療中		
9. 自分の両親・祖父母・兄弟(姉妹)で右記の病気の方はいますか(複数回答) それほどなたですか( )内に記入	<input type="radio"/> 高血圧	<input type="radio"/> 糖尿病	<input type="radio"/> 腎臓病
	<input type="radio"/> 心臓病	<input type="radio"/> 脳卒中	( ) ( ) ( ) ( ) ( )
10. 受診や育児に協力してくれる方はいますか	<input type="radio"/> いる(具体的に )		
	<input type="radio"/> いない		
11. あなたが悩んでいる時に相談できる方はいますか	<input type="radio"/> いる(具体的に )		
	<input type="radio"/> いない		
12. 生活が苦しいなど、経済的な不安はありますか	<input type="radio"/> ない		
	<input type="radio"/> ある		
13. あなた自身が子どものころの父母の印象を伺います	<input type="radio"/> 大切にされた <input type="radio"/> やさしかった <input type="radio"/> こわかった <input type="radio"/> よくたたかれた		
	<input type="radio"/> 仕事が忙しく一緒に遊ぶことはなかった		
	<input type="radio"/> 父母と離れて暮らしたことがある		

1. 里帰り出産の予定(迷っている方も含む)はありますか	期 間： 住 所： 連 絡 先： — —
2. 妊娠・出産・育児のことで心配なこと、相談したいことはありますか	

ご協力ありがとうございました

