

妊 娠 届 出 書

◆妊娠・出産等について後日、堺市から様子をお伺いする場合がありますので、ご理解の程よろしくをお願いします。

◆ご記入いただいた内容については、健康・育児相談、乳児家庭全戸訪問、その他子育て支援業務に使用することがあります。

個人番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

フリガナ	ケンコウ	ハナコ								姓と名の間は1マスあけ、濁点は1マス使ってください。				
妊婦氏名	健康 花子									職業	会社員			
生年月日 (右詰め)	昭和・平成・西暦 1900 年 09 月 01 日 (〇〇歳)													
居住地	堺市 堺 区 南瓦町3-1													
世帯主氏名	健康 太郎									電話(左詰め) ※-(ハイフン)は省略	0722287612			
続柄	夫									妊娠の診断を受けた 医療機関	〇〇病院			
妊娠週数 (右詰め)	08 週 (03 か月)									医師および助産師の 氏名	堺 市子			
分娩予定日 (右詰め)	令和・西暦 2020 年 05 月 10 日													
性病に関して、今までに健康診断を受けたことがありますか。										ある(2020年10月頃)・ない	妊娠回数 (今回の妊娠を含む)	02 回		
結核に関して、今までに健康診断を受けたことがありますか。										ある(2020年10月頃)・ない	子どもの数 (胎児は含まない)	01 人		
上記のとおり届出します。令和・西暦 2020 年 10 月 02 日												届出人 氏名	健康 花子	
堺市長 殿														

併せて、母子保健法第13条の規定に基づき堺市が実施する妊婦に対する健康診査の受診票の交付を申請(☒ する / ☐ しない)。

◆堺市では妊娠中からあなたの子育て支援を行っています。答えられる範囲で以下の項目に○か☑をご記入ください。

★窓口に来られた方は妊婦さんの (<u>本人</u> ・ 夫 ・ その他 [続柄])	★パートナー氏名 []
1. 妊娠して今の気持ちはいかがですか。	☒ うれしい ☐ 不安 ☐ とまどいがある ☐ その他
2. 出産する医療機関は決まっていますか。	☒ はい (医療機関名: △△ <u>クリニック</u>) ☐ いいえ
3. 現在、妊娠は順調ですか。	☒ はい ☐ いいえ { ☐ 高血圧症候群 ☐ 産婦人科的合併症 ☐ その他
4. 妊娠以外で継続的に医療機関に通院していますか。	☒ いいえ ☐ はい (疾患名:)
5. 現在、アルコールは飲んでいますか。	☒ いいえ ☐ はい (本・合 / 日くらい)
6. 現在、たばこは吸いますか。	☒ いいえ ☐ はい (本 / 日くらい)
7. 同居の方は、たばこを吸いますか。	☐ いいえ ☒ はい (<u>夫</u> ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 ・ その他)
8. 今まで、こころの不調で受診したことがありますか。	☒ いいえ ☐ はい ()
9. 妊娠中から産後にかけて援助してくれる人がいますか。	☒ はい (<u>夫</u> ・ パートナー ・ <u>実父母</u> ・ 義父母 ・ その他) ☐ いいえ
10. 経済的な不安はありますか。	☒ いいえ ☐ はい ()
11. 出産時、里帰り出産する予定はありますか。	☐ いいえ ☒ はい (連絡先: <u>090-XXX-XXX</u>)
12. 近々、転居の予定がありますか。	☒ いいえ ☐ はい (転居先:)
13. 妊娠、出産、育児について困っていること、相談したいことがありましたらご記入ください。	[]
14. 過去1年間で歯科検診を受けたことがありますか? ☒ はい ☐ いいえ	

手帳交付番号

妊婦受診票交付番号

--	--	--	--

~				
---	--	--	--	--

--	--	--	--

受付担当

番 号 確 認 : 個 ☐ 通 ☐ 住 ☐ 住証 ☐ 住基 ☐ 代理人有 ☐

本人確認 1 つ : 個 ☐ 運 ☐ バ ☐ 手帳 ☐ (身・精・療) 在 ☐ 他 ☐

2 つ : 保険 ☐ 年手 ☐ 児扶 ☐ 特児扶 ☐ 他 ☐