

# 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                                     |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                                     | 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                                     | 職業                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日<br>(右詰め)                            | 昭和・平成・西暦 年 月 日 ( 歳 )       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地                                      | 堺市 区                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 世帯主氏名                                    | 電 話(左詰め)<br>※-(ハイフン)は省略    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 続柄                                       | 妊娠の診断を受けた<br>医療機関          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 妊娠週数<br>(右詰め)                            | 医師および助産師の<br>氏 名           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 分娩予定日<br>(右詰め)                           | 令 和 ・ 西 暦 年 月 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。 有( 年 月頃)・ない |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 妊娠回数<br>(今回の妊娠を含む)                       |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。 有( 年 月頃)・ない |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 子どもの数<br>(胎児は含まない)                       |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり届出します。令和・西暦 年 月 日 届出人<br>氏 名       |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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( 本人・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。 <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> とまどいがある <input type="checkbox"/> その他                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. 出産する医療機関は決まっていますか。 <input type="checkbox"/> はい(医療機関名: ) <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. 現在、妊娠は順調ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ { <input type="checkbox"/> 高血圧症候群 <input type="checkbox"/> 産婦人科的合併症 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(疾患名: )                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. 現在、アルコールは飲んでいますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 本・合/日くらい)                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. 現在、たばこは吸いますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 本/日くらい)                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. 同居の方は、たばこを吸いますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( 夫・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。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい( 夫・パートナー・実父母・義父母・その他 ) <input type="checkbox"/> いいえ                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. 経済的な不安はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい( )                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. 出産時、里帰り出産する予定はありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(連絡先: )                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. 近々、転居の予定がありますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。<br>[ ]                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. 過去1年間で歯科検診を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                   |                               |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---|
| 手帳交付番号                                                                                                                                          | 妊婦受診票交付番号                                                                                                                                                                         | 妊面                            | F |
| ( 年 月 日 )                                                                                                                                       | ( 年 月 日 )                                                                                                                                                                         |                               |   |
| 番号確認: 個 <input type="checkbox"/> 通 <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 住証 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/>  | 本人確認1つ: 個 <input type="checkbox"/> 運 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> (身・精・療)在 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> | 代理人有 <input type="checkbox"/> |   |
| 2つ: 保険 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 特児扶 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                   | R5.3 子育て 7,200枚               |   |