

妊娠届出書

親子健康手帳 No. _____

宇治市長宛

下記のとおり届出いたします。

		年 月 日	
(ふりがな)		個人番号	
妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定あり・なし)	生年月日	
		年 月 日 (歳) (出産予定日の年齢 歳)	
(ふりがな)		生年月日	
夫の氏名 (パートナー)		年 月 日 (歳)	
住所	宇治市		
T E L	— —	健康保険の種類別	①社保 ②共済 ③国保 ④その他 ()
妊娠週数	妊娠 週 (か月) / 単胎・多胎 (胎)		
出産予定日	年 月 日	出産歴	なし・あり (回)
妊婦職業	主婦・勤め(常勤・パート)・自営業・内職・その他 ()		
出産予定地	自宅から入院・里帰り (市・町)・その他 ()		
出産予定医療機関名			
医師又は助産師の診断又は保健指導※	受けた(医療機関名)・受けていない		
性病及び結核に関する健康診断※	(性病) 受けた・受けていない (結核) 受けた・受けていない		

※の欄は今回の妊娠に関して受けたことについて記入してください。

以下は、妊婦さんのことについてお尋ねします。ご記入いただきました内容は出産・子育て支援の目的以外に使用いたしません。なお、ご様子を伺うため、保健師や助産師がご連絡させていただくことがありますのでご了承ください。

1) 記入者はどなたですか。	1. 妊婦本人 2. 配偶者(パートナー) 3. 父母(義父母を含む) 4. その他 ()
2) 今までに右に記載されている病気にかかったことはありますか。	1. ない 2. ある(ある場合、当てはまるもの全てに○印をしてください) (1) 高血圧 (2) 糖尿病 (3) 腎臓病 (4) 甲状腺機能異常 (5) がん (6) 子宮疾患(筋腫・内膜症等) (7) こころの病気(精神疾患・うつ・不眠・パニック障害等) (8) 肝炎 (9) 心臓病 (10) その他の病気(病名)
	★その病気に対して、現在治療を受けていますか。 (1) 受けている(服薬処方・経過観察中を含む) (2) 受けていない⇒[理由] 完治した・受診していない
3) あなた(妊婦さん)の家族(父・母・祖父母・兄弟)が、右に記載されている病気にかかったことはありますか。	1. ない 2. ある(ある場合、当てはまるもの全てに○印をしてください) (1) 高血圧 (2) 糖尿病 (3) 腎臓病
4) あなたの身長と <u>妊娠前</u> のBMIを教えてください。	身長 = () BMI = () 計算式⇒体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 例: 50(kg)÷1.58(m)÷1.58(m)=20.0(BMI)
5) 今回の妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか。	1. 嬉しかった 2. 予想外で驚いたが嬉しかった 3. 予想外で驚き戸惑った 4. 困った 5. 特に何も思わなかった 6. その他 ()

裏面も記入してください。

6) 現在の心身の健康状態はいかがですか。	1. とても良い 2. 良い 3. あまり良くない 4. 良くない ★「3. あまり良くない」「4. 良くない」に○印をされた方のみにお聞きします。 (具体的にどのような状態ですか?)
7) 今回の妊娠に関して不妊治療を受けましたか。	1. いいえ 2. はい ★「2. はい」に○印をされた方のみお聞きします。 不妊治療助成の申請はされましたか。 (1) はい (2) いいえ
8) これまで出産したことがありますか。	1. ない 2. ある ★「2. ある」と回答された方のみお聞きします。 前回の妊娠及び出産時に、以下のことがありますか。 (1) 体重の増えすぎ・カロリー制限 (2) 貧血 (3) 切迫流早産 (4) 妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) (5) 妊娠糖尿病 (6) 前置胎盤・常位胎盤早期剥離 (7) 低体重児出産(出生体重が2,500g未満) (8) 妊娠37週未満の出産 (9) 帝王切開 (10) その他()
9) 毎日、朝食を食べていますか。	1. はい 2. いいえ
10) バランスの良い食事を心がけていますか。	1. はい 2. いいえ
11) 現在、たばこを吸っていますか。	1. いいえ 2. はい (1日 本程度)
12) 同居家族でたばこを吸っている人はいますか。	1. いいえ 2. はい (どなたですか? :)
13) 現在、お酒を飲んでいますか。	1. いいえ 2. はい (内容: 量:)
14) この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。	1. ない 2. ある
15) <u>妊娠後</u> 、涙ぐみやすかったり、イライラしたり、気分が落ち込むことはありますか。	1. ない 2. ある
16) 現在、妊婦自身が介護している人はいますか。	1. いない 2. いる
17) 妊娠・出産に際し、家事や育児をサポートしてくれる人はいますか。	1. いる (どなたですか?) 2. いない
18) 子どもの頃の親との関係は楽しい思い出が多いですか。	1. はい 2. いいえ
19) 赤ちゃんとの生活を楽しめるとお思いますか。	1. 思う 2. やや思う 3. あまり思わない 4. 思わない
20) 妊娠・出産に際し、心配なことや不安なことはありますか。	1. ない 2. ある ★「2. ある」と回答された方のみお聞きします。 (1) 漠然とした不安 (2) 育児できるか自信がない (3) 自分の体調 (4) 就労・仕事について (5) 経済面 (6) 配偶者(パートナー)との関係 (7) 上の子のこと (8) その他()

妊娠期・子育て期を健やかに過ごしていただくための支援のため、妊産婦健康診査や妊娠届出書の必要な項目及びアンケートの内容について、医療機関、子育て支援関係機関が情報共有することに同意します。

同意者 氏名 _____ 本人・配偶者(パートナー)・その他() _____

ご協力ありがとうございました。 保健推進課

以下、担当者記入欄(受付者:) 住基確認同意あり(身元確認ができない場合)

確認書類:	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票
	代理人の場合	<input type="checkbox"/> 法定代理人であることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人に対し発行・発給された書類で当課が認めるもの
	身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 各種医療保険証(2つ以上確認書類必要) <input type="checkbox"/> その他()