

妊娠届出書

年 月 日

長柄町長 様

母子手帳交付番号 _____

届出者氏名 _____

(ふりがな) 妊婦氏名			年 月 日生 (満 歳)	
			職業	
個人番号				
妊婦の個人番号は番号法別表第1及び第2に基づき、母子保健法に定める妊婦・乳幼児の健康診査、訪問等の保健指導、妊産婦・新生児への訪問指導等に関する事務に使用します。				
居住地	〒 ー ー 長柄町		電話 (自宅)	ー ー
			携帯電話	ー ー
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	妊娠月数	か月	医師又は助産師名	
	健康診断	性病： 受けた・受けない		結核： 受けた・受けない

※あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から支援いたします。秘密は守られますので以下についてもご記入をお願いします。

本籍地 (国籍)			
(ふりがな) 夫 (パートナー) 氏名			年 月 日生 (満 歳)
			職業
家族構成	子ども 人 ・ 夫 ・ 義父 ・ 義母 ・ 実父 ・ 実母 その他 () 計 人		
妊娠・分娩に関して	医療機関名		
	所在地		
	分娩予定日	年 月 日	
	妊娠週数	満 週	
	分娩経験	無 ・ 有 (回)	
	流産・早産・死産	無 ・ 有 (流産 回・早産 回・死産 回)	
	既往歴	無 ・ 有 結核・心臓病・高血圧・腎臓病・糖尿病・肝炎・貧血 甲状腺機能障害・膠原病・てんかん・うつ病・統合失調症 パニック障害・その他 ()	
あなたはタバコを吸いますか。		いいえ	はい
配偶者 (パートナー) の方はタバコを吸いますか。		いいえ	はい
お酒はのみますか	飲まない	妊娠を機にやめた	飲んでいる
医療保険の種類	国保 (本人・家族)		国保以外 (本人・家族)

代理人（原則、夫またはどちらかの父母）が届け出る場合は必ず以下を記入してください。

委任状（妊婦本人が記載してください）

年 月 日

私は、個人番号の提供及び妊娠届の提出、母子健康手帳、妊婦・乳児一般健康診査受診票等の受け取りに関して下記の者に委任します。

委任者（妊婦本人）

住 所 長柄町 _____

氏 名 _____ 印

代理人（原則、夫またはどちらかの父母）

住 所 _____

氏 名 _____

委任者との関係 _____

※町記入欄

届出者	本人 ・ 代理人(夫 ・ 父 ・ 母 ・ 夫の父 ・ 夫の母)
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし
届出者の 本人確認書類	(1点で可) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他() (2点以上) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()
代理人の場合	<input type="checkbox"/> 委任状

妊娠届を提出された方へ



ご妊娠おめでとうございます。

町では、妊娠、出産、育児についてあなたが不安を抱えて過ごすことがないよう、応援をしていきたいと考えております。プライバシーには十分配慮いたしますので、支援の参考にするため下記アンケートにご記入をお願いします。

あてはまる項目に○をつけてください

1	今回の妊娠についてお聞きします	自然に妊娠した	治療して妊娠した
2	妊娠が分かった時の気持ちを教えてください	嬉しかった 予想外で驚き戸惑った 困った 不安を感じた 何とも思わなかった 理由 ()	
3	最近の体調はいかがですか	よい	
		よくない	つわりがある・疲れやすい 気分が沈む・イライラする 眠れない・他 ()
4	夫(パートナー)には何でも相談できますか	はい	
		いいえ	
		夫(パートナー)がいない	
5	妊娠中や出産後に協力してくれる人はいますか	いる	夫(パートナー)・実父母 夫(パートナー)の父母・友人 兄弟姉妹・他 ()
		いない	
6	里帰りの予定はありますか	はい	
		いいえ	
7	(里帰りをする方のみ) 里帰り先の住所を教えてください	住所	様方 電話番号 () 期間 ()
8	(未入籍の方のみ) 今後入籍する予定はありますか	はい	いつ頃 ()
		いいえ	
9	転出する予定はありますか	はい	いつ頃 ()
		いいえ	
10	妊娠や出産、子育てについて不安なことはありますか	ない	
		ある <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<input type="checkbox"/> 妊娠や出産に関すること <input type="checkbox"/> 育児のこと <input type="checkbox"/> 自分の身体のこと <input type="checkbox"/> 医療費(経済面)のこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> その他 ()

ご協力ありがとうございました。アンケート内容により、保健師が電話や訪問をさせていただきます場合があります。ご連絡して差し支えない連絡先(携帯電話など)をご記入ください。

妊婦氏名 : _____

連絡先 : _____