

妊娠届時アンケート

ふりがな 妊婦 氏名		TEL		職 業	
S ・ H 年 月 日生 (歳)					
ふりがな 夫 氏名		TEL			
S ・ H 年 月 日生 (歳)					
住所 加東市		TEL			
妊婦実家 ☐ 市内 ☐ 市外 (市 ・ 町)		里帰り先住所			
夫 実家 ☐ 市内 ☐ 市外 (市 ・ 町)		様方			
里帰り ☐ 予定あり (産前 ・ 産後) ☐ 予定なし ☐ 未定		実家TEL			
そ の 他 の 家 族 構 成	氏名	生年月日	続柄	職業・所属園・学校等	☐
出 産 歴	今までに、不妊・不育治療はしましたか ☐ 不妊治療をした ☐ 治療をしていない ☐ 不育治療をした				
	今までに低出生体重児(2500g未満)の出生が ☐ ある(g) ☐ ない				
	今までに、妊娠分娩異常(妊娠高血圧症候群、貧血など)が ☐ ある() ☐ ない				
就 労	就労有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 退職(時期)	嗜 好	アルコール ☐ 飲まない ☐ 飲む ☐ 妊娠を機にやめた		
	就労内容 ()		妊婦の喫煙 ☐ 吸わない ☐ 吸う(本/日) ☐ 妊娠を機にやめた		
	育児休暇 ☐ 有(期間) ☐ 無		同居家族の喫煙 ☐ 吸わない ☐ 吸う(誰) 分煙している・していない		
☐ 現在までの大きな病気 ☐ ある(病名:) ☐ ない					
☐ 今まで、こころの問題でどこかに相談したこと ☐ ある(診断名:) ☐ ない					
☐ かかりつけ歯科医 ☐ ある(定期受診:3ヶ月・6ヶ月・1年・その他()) ☐ ない					
☐ 妊娠を知ったときの気持ちは ☐ うれしい ☐ 予想外だがうれしい ☐ 予想外で戸惑った ☐ その他					
☐ 産後の赤ちゃんとの生活について ☐ 楽しめる ☐ やや楽しめる ☐ どちらともいえない ☐ 不安 ☐ 大変					
☐ 夫(パートナー)の勤務状況について ☐ 定時帰宅 ☐ 遅い ☐ 夜勤・変則 ☐ 出張多い・単身赴任 ☐ 無職					
☐ 妊娠してから気持ちの変化について ☐ 涙もろい ☐ イライラする ☐ 眠りにくい ☐ 特になし					
◆ 妊婦健康診査定期的受診 ☐ している(わかば・産婦人科、西脇市立西脇病院、いわたウィメンズクリニック、その他()) ☐ していない					
◆ 分娩予定施設 ☐ 決まっている(わかば・産婦人科、西脇市立西脇病院、いわたウィメンズクリニック、その他()) ☐ 決まっていない					
◆ 産後の協力者 ☐ いる(夫、実父母、義父母、きょうだい、友人、その他()) ☐ いない					
◆ 相談相手 ☐ いる(夫、実父母、義父母、きょうだい、友人、その他()) ☐ いない					
◆ 出産に向けて今のお気持ち ☐ 楽しい ☐ 穏やか ☐ イライラ ☐ しんどい ☐ つらい ☐ その他 ()					
◆ 現在、心配なことや知りたいこと ☐ ある ☐ ない (「ある」の方はあてはまるものに ☒ をつけてください。) ☐ ご自身の身体面 ☐ ご自身の精神面 ☐ お腹の赤ちゃんの妊娠経過 ☐ 出産について ☐ 仕事 ☐ 保育園 ☐ 経済面 ☐ 夫婦関係 ☐ 家族関係 ☐ 上のこどものこと ☐ 住まい・生活環境 ☐ その他()					
☐ 情報提供 医療機関・子育て支援機関等への情報提供(必要時のみ)に同意します ☐ はい ☐ いいえ					
【加東市記入欄】 面接日(R . .) 出産予定日(R . . 妊 W)			届出人 ☐ 妊婦本人 ☐ 代理人() 個人番号確認 ☐ マイナンバーカード ☐ 個人番号通知書 【 本人確認 代理人確認 】 1点→ ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード 2点→ ☐ 健康保険証 ☐ その他()		
☐ アプリ登録			面接者()		

加 東 市 妊 娠 届 出 書 (秘)

※太枠内をご記入ください

母子健康手帳番号 第 号 妊娠届出 令和 年 月 日 (妊娠第 週)										
妊婦氏名 (母親)	ふりがな 氏 名 S・H 年 月 日生(歳)						職業			
夫氏名 (父親)	ふりがな 氏 名 S・H 年 月 日生(歳)						職業			
住所	加東市					個人番号 (妊婦)				
電話番号	自宅				妊婦携帯					
妊娠の診断を受けた 医療機関名/ 住所/医師名 /電話番号					出産予定日 令和 年 月 日					
妊娠について	今回の妊娠 初回・第 回目									
	今までの妊娠 流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回									
	低体重児(2,500g未満)出産 回									
	今までに生まれた子どもは 健在 人・死亡 人・異常がある 人()									
妊娠してから 受けた検査	性感染症の検査 受けていない・受けた					結核の検査 受けていない・受けた				
☐ 市が個人番号の照会をすることに同意します										
令和 年 月 日 届 出 人 氏 名 (代理の場合:妊婦との続柄)										

※代理人が申請する場合は、必ず以下を記入してください。

委 任 状 (妊婦本人が記入してください。)

令和 年 月 日

委任者 (妊婦本人) 住所
氏名

私は、妊娠の届出および母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を次の者に委任します。

受任者 (代理人) 住所
氏名 (妊婦との続柄:)

※妊娠判定を受けたらこの妊娠届出書に記入の上、保健センターに提出してください。母子健康手帳を交付いたします。
※やむを得ない理由で妊婦さんご本人の届出が困難な場合は委任状が必要です。上記下段の委任状に妊婦さんご本人がご記入ください。
※妊娠届出書は市へ提出後、適切に管理され、知り得た個人情報については秘密保持されます。

※裏面もご記入ください。