

# 妊 娠 届 出 書

母子健康 手帳番号		届出日	年	月	日	受付者	【		】
--------------	--	-----	---	---	---	-----	---	--	---

太枠内に記入または  をつけて下さい。

ふりがな			生年月日	昭・平 月	年 日生	職 業	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 会社員	
妊婦氏名			年齢		歳		<input type="checkbox"/> アルバイト	<input type="checkbox"/> 自営業	
	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (婚姻予定 : 有・無・未定)					出産後の 就労予定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない	
マイナンバー (個人番号)									
居住地	茅ヶ崎市								
	自宅電話		( )		携帯電話		( )		
夫 (パートナー) 氏名			生年月日	昭・平 月	年 日生	職 業	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 会社員	
			年齢		歳		<input type="checkbox"/> アルバイト	<input type="checkbox"/> 自営業	
同居している ご家族について	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 第1子( 歳) <input type="checkbox"/> 第2子( 歳) <input type="checkbox"/> 第3子( 歳) <input type="checkbox"/> 第4子( 歳) <input type="checkbox"/> その他( )								
妊娠週数	満	週	妊娠回数 (今回の妊娠を含む)			回目	流産: 回	中絶: 回	
出産予定日	年		月		日 (※出産予定日がわからない場合のみ、最終月経初日をご記入ください。)		年	月	日
里帰り出産予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外( )								
今までの 妊娠・出産歴	経産婦の方は、今までの妊娠・出産歴で何か異常があれば <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 低出生体重児 <input type="checkbox"/> 児の疾病・障害 <input type="checkbox"/> その他( )								
現在通院中の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ある (病名: )		いつから:				<input type="checkbox"/> なし		
過去に治療された大きな病気がありますか。	<input type="checkbox"/> ある (病名: )		いつ頃:				<input type="checkbox"/> なし		
妊娠の診断(保健指導)を受けた医師または助産師	施設名:		氏名:						
今回の妊娠で性病に関する健康診断(血液検査)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない								
今回の妊娠で結核に関する健康診断	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない								
この届出書の情報を、必要に応じて母子保健サービスで実施する健康診査や医療機関・公的機関との連携や災害時の支援のために利用することについて同意し、上記のとおり届け出ます。									
(宛先) 茅ヶ崎市長									
申請者氏名									
妊婦との関係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妊婦の父母 <input type="checkbox"/> 夫の父母									
申請者が妊婦と異なる場合にご記入ください。									
申請者住所:									
申請者電話:									

※茅ヶ崎市では、あなたの出産や子育てを妊娠中から応援します。  
 妊娠中や出産後に妊娠届出書の内容について茅ヶ崎市こども育成相談課からお電話や訪問等をさせていただく場合がございます。

裏面もご記入をお願いします→

妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るため、妊娠中の状況をお伺いします。  
太枠内をご記入ください。

1. 妊娠期間中に転出する予定がありますか。	1. いいえ 2. 未定 3. 予定がある ( 年 月 日頃 市へ)
2. 同居家族の中でたばこを吸う人はいますか。	1. いいえ 2. はい <input type="checkbox"/> 本人(現在吸っている・妊娠してやめた) 現在吸っている方 ↓ (やめる予定はない・やめ方がわからない) <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> その他( )
3. お酒を飲みますか。	1. いいえ 2. 妊娠してやめた 3. はい
4. 妊娠・出産・育児について相談したり協力してくれる人が近くにいますか。	1. いない 2. いる <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他( )
5. 子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。	1. ある 2. なんとなくある 3. あまりない 4. ない
6. この一年間に、2週間以上続く「眠れない」、「何もやる気がおきない」、「人生がつまらない」、「涙ぐみやすい」などの症状がありましたか。	1. ない 2. どちらかといえは 3. どちらかといえは 4. ある
7. 今回の妊娠を知ったときの気持ちはいかがでしたか。	1. とてもうれしかった 2. 予想外で驚いたがうれしかった 3. 予想外で驚き戸惑った 4. 困った 5. 特に何とも思わなかった
8. 今回の妊娠で、不妊治療または不育治療をしましたか。	1. いいえ 2. 不妊治療をした 3. 不育治療をした
9. 困っていることや不安なことなどがありますか。(複数回答)	1. なし 2. 健康上の不安 3. 心に悩みを持っている 4. 家事や仕事が忙しい 5. 経済的な心配 6. 夫(パートナー)との関係 7. その他( )

事務処理欄

妊婦本人の個人番号記載 有・無 確認者:1回目( ) 2回目( )

妊婦本人が届け出た場合		代理人が届け出た場合
【妊婦の個人番号・本人確認書類】 <input type="checkbox"/> 妊婦の個人番号カード		【代理権確認】 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 妊婦の個人番号カード、運転免許証、旅券
【妊婦の個人番号確認】 <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されている住民票の写し ※発効日より3か月以内のもの。	【妊婦の本人確認】 ・顔写真付の公的証明書(1点) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他( ) ・顔写真付でない公的証明書(a2点またはaとb1点ずつ) a <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されている住民票の写し※ b <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他( )	【代理人の身元確認】 ・顔写真付の公的証明書(1点) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他( ) ・顔写真付でない公的証明書(a2点またはaとb1点ずつ) a <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されている住民票の写し※ b <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他( ) ・妊婦の個人番号確認(コピー可) <input type="checkbox"/> 妊婦の個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されている住民票の写し※

出産応援金について説明済み  専門職と説明済み  出産応援金整理番号情報提供済み( / )

妊産婦健康診査費用補助券  新生児聴覚検査費用補助券

【備考】