

# 妊娠届出書

◎太枠内をご記入ください。

ガイドブック No

住所	高松市				連絡の取りやすい時間帯
	自宅電話番号 ( )		携帯電話番号 ( )		
フリガナ 妊婦氏名	既婚・未婚 (入籍予定 あり・なし)	生 年 月 日	S · H 年 月 日 ( 歳)	職業	(正規・派遣・パート・自営)
マイナンバー	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民基本情報				
夫 (パートナー) 氏名		年 齢	歳	職業	(正規・派遣・パート・自営)
同居家族	夫 (パートナー) ・ 父 ・ 母 こども ( 人 ) ・ その他 ( )			妊娠回数	今回を含め 回 うち出産回数 回
届出時週数	週 単胎 ・ 多胎 (双子・三つ子等)	出産予定日	令和	年	月 日
受診している医療機関、助産所名					
上記の届出にあたり住民基本台帳を閲覧することを承諾します。					
高松市長殿			令和	年	月 日
届出人氏名					
住 所 (妊婦との続柄 )					
妊婦以外が届出する場合は、妊婦が右の枠内に記入、押印してください。 ※代理の方 (原則近親者のみ) の本人確認書類、妊婦のマイナンバーが確認できる書類が必要となります。			上記の届出人に、妊娠届出書の届け出を委任します。 妊婦住所 妊婦氏名 印		

窓口担当者が記入	<b>面接・相談内容 (妊婦全員に説明)</b> <input type="checkbox"/> 母子保健コーディネーター・相談窓口 <input type="checkbox"/> こんにちは赤ちゃん訪問 <input type="checkbox"/> はじめてのパパママ教室 (該当者のみ) <input type="checkbox"/> 双胎用追加受診票等配布 <input type="checkbox"/> さくらんぼ教室の案内 <input type="checkbox"/> 多胎妊産婦支援事業の案内 <input type="checkbox"/> その他	(付箋の貼付) <input type="checkbox"/> 県外用受診券の手続き <input type="checkbox"/> 転出した場合の手続き	<b>面接</b> <input type="checkbox"/> 妊婦本人 (同席者: ) <input type="checkbox"/> 本人以外 ( ) <b>面接時サポートプラン作成</b> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 外国語版 ( ) 語 発行者 ( ) 地区名
	【届出人本人確認】(1)(2)のいずれか (1) 1点のみで確認 : <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ( ) (2) 2点確認必要 : <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 預金通帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	※①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧ ( )		<input type="checkbox"/> 住基

※裏面もご記入ください。

高松市では、母子保健コーディネーター等があなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します。  
下記について差し支えない範囲でご記入をお願いします。

1) 今回の妊娠が分かった時、どんなお気持ちでしたか。	① 予定した妊娠でうれしかった ② 予定外だがうれしかった ③ 不安や戸惑いがある ④ 困った ⑤ 何とも思わない
2) 現在の妊娠経過は順調ですか。	① 順調 ② ひどいつわり ③ 切迫流早産 ④ その他 ( )
3) 流産、早産などを経験したことがありますか。	① ない ② ある (流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回)
4) 過去の妊娠・産後の経過等は順調でしたか。	(妊娠中) ① 順調 ② ひどいつわり ③ 切迫流早産 ④ 妊娠高血圧症候群 ⑤ その他 ( )
	(出産後) ① 順調 ② 体調不良 ③ 産後うつ ④ その他 ( )
5) 今回の妊娠は不妊治療を行いましたか。	① いいえ ② はい
6) 今までにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。	① ない ② ある⇒ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">         心臓病・高血圧・腎臓病・肝炎          糖尿病・こころの病気(うつ病など)          その他 ( )       </div> いつ頃ですか ( )・現在治療中
7) 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
8) 妊娠・出産・子育てに関して助けてくれる人がいますか。	① はい (誰 ) ② いいえ
9) 里帰り出産の予定がありますか。	① いいえ ② はい (県内・県外)
10) たばこを吸いますか。	① いいえ ② はい ( 本/日) ③ 妊娠をきっかけにやめた ④ 家族が吸う
11) アルコール類を飲みますか。	① いいえ ② はい ( 本・合/日) ③ 妊娠をきっかけにやめた
12) 心配なことや気がかりなことがありますか。	① 特になし ② 健康面の不安 ③ 経済的な心配 ④ パートナーとの関係 ⑤ 家族との関係 ⑥ 仕事のこと ⑦ その他 ( )
13) その他 (ご意見・ご要望がありましたらお書きください)	

この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外に使用されることはありません。  
この届出書について、高松市健康づくり推進課(母子保健コーディネーター等)から連絡させて頂くことがあります。

P:	R:	<input type="checkbox"/> F
----	----	----------------------------