

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	
	電話番号（										）	
妊婦氏名	既婚・未婚（入籍予定 あり・なし）					生年月日	年 月 日			職業	（正規・派遣・パート・自営）	
マイナンバー										□マイナンバーカード □通知カード □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	年 月 日					
妊娠の診断を受けた医療機関名及び助産所名												
妊娠の診断を受けた医師及び助産師の氏名												
性病に関する健康診断について			受けた ・ 受けていない			結核に関する健康診断について			受けた ・ 受けていない			
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 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	面接・相談内容（妊婦全員に説明） □母子保健コーディネーター・相談窓口 □こんにちは赤ちゃん訪問 □はじめてのパパママ教室（該当者のみ） □双胎用追加受診票等配布 □多胎妊産婦支援事業の案内 □その他 （付箋の貼付） □県外用受診券の手続き □転出した場合の手続き □さくらんぼ教室の案内 } 該当者のみ				面接 □妊婦本人（同席者：） □本人以外（） 面接時サポートプラン作成 □あり □なし □外国語版（）語 発行者（） 発行日 年 月 日 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： □マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □その他（） （２） ２点確認必要： □健康保険証 □年金手帳 □社員証 □預金通帳 □その他（）							
	※①、②、③、④、⑤、⑥、⑦、⑧（）							
					□住基		□委任状	

※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⇒ 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 () いつ頃ですか (才)・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:	☐ F
----	----	----------------------------