妊娠届出書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ガイドブックNo |
| 住所 | 高松市　　　　　　　　　◎太枠内をご記入ください。電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 連絡の取りやすい時間帯 |
|  |
|  | 既婚・未婚（入籍予定　あり・なし） | 生年月日 | 　　年　　月　　日　　　（　　　　歳） | 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）**（付箋の貼付）□母子保健コーディネーター・相談窓口　　□県外用受診券の手続き□こんにちは赤ちゃん訪問　　　　　　　　□転出した場合の手続き□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　□さくらんぼ教室の案内該当者のみ□多胎妊産婦支援事業の案内□その他　　　　　　　　　　　　※裏面もご記入ください。 | **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 |

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。

□　F

Ｒ：

Ｐ：