

表裏面の太枠内にご記入ください。

妊娠届出書

母子手帳発行番号：

(宛先) 尾鷲市長 様

届出日： 年 月 日

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|-------|--|---|---------------------|------------------------------------|
| 妊婦個人番号 | | | | | 届出日： 年 月 日 | |
| (ふりがな) | | | 生年月日(年齢) | | 職業 | ①既婚 |
| 妊婦氏名 | | | 年 月 日生(歳) | | | ②未婚 |
| (ふりがな) | | | 生年月日(年齢) | | 職業 | 入籍予定 |
| 夫氏名 (パートナー) | | | 年 月 日生(歳) | | | <input type="checkbox"/> あり |
| 住民登録地 | (〒) | | 国籍(外国籍の方のみ): | | 電話 番号 | 時期: <input type="checkbox"/> なし |
| 居住地 | (〒) 住民登録地と異なる場合のみ記入 | | 在留期限 | | (昼間連 絡がつく もの) | 妊婦携帯・その他() |
| 里帰り予定 | <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 未定 | | 里帰り予定の住所: 〒 | | 様方 tel:] | |
| 今回の妊娠は | 回目 | 出産の経験 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(回) | 出産予定 医院 | 県内 ・ 県外 ・ 未定 () | |
| 出産予定日 | 年 月 日 第()子 | | 現在妊娠週数 | 第 週 | 日:単胎・多胎(胎) | |
| 性病に関する健康診断の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 結核に関する健康診断の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| ・妊娠の診断を受けた医療機関名 ・医師名及び助産師名 | | | 証明年月日 年 月 日 | | | |

母子保健法第15条の規定により上記のとおり届けます。

【同意欄】

出産育児支援のため、妊娠届出書・アンケート等の内容について医療機関等と市町が情報共有することに同意します。

妊婦署名 _____

【委任欄】 届出が妊婦本人以外の場合

届出を _____ (続柄 _____) に委任します。 妊婦署名 _____

届出者(来所者) 住所 _____ 電話番号 _____

☆ 母子健康手帳交付及び出産応援給付金申請に必要なもちもの ☆

(妊娠・出産のサポートに関する説明のお時間を取らせていただきます。余裕を持ってお越し下さい。)

- 1 妊娠届出書
- 2 個人番号(マイナンバーカード)
- 3 ご本人確認書類
◎本人の身分証明書等で確認
① 運転免許証 ② 健康保険証 ③ パスポート ④ 写真付き身分証明書 など
- 4 妊婦本人名義の通帳

【代理人(夫、家族等)の場合】 → 出産応援給付金の申請は、妊婦ご本人の面談終了後となります

上記 1 と 2 に加え、下記の書類もあわせてお持ちください。

- 5 代理人の本人確認ができる書類 ① 運転免許証 ② パスポート ③ 写真付き身分証明書 など

<届出場所・お問い合わせ先 尾鷲市福祉保健センター2階 福祉保健課 健康づくり係 0597-23-3871>

| | | | | | | |
|-------|--------|---------------------------------------|---------------------------|-------|-----|-----|
| 事務記載欄 | 番号確認方法 | ・個人番号カード ・住民票 / カードナシ(職権での確認について承認済口) | | | | 申請日 |
| | 届出人の確認 | 本人・代理人 | 運転免許証 ・パスポート ・マイカ ・その他() | | | |
| | 受付者名 | | アンケート 有 無 → アンケート到着日() | 妊婦の住基 | 有 無 | |

※妊婦アンケート※

ご妊娠おめでとうございます 来所者(本人・夫・兄弟姉妹・実母・義母・代理者())

| | |
|----------------------------------|--|
| 1 妊娠前と比べて健康状態はいかがですか | <input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> 何とも言えない(※) <input type="checkbox"/> 悪い(※) (※)に☑の場合 (つわり・その他) |
| 2 妊娠が分かった時の気持ち * 複数回答可 | <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 不安になった <input type="checkbox"/> その他() |
| 3 妊娠・出産のことで、相談できる人や協力してくれる人はいますか | <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(夫(パートナー)・父母・義父母・きょうだい・友人・その他()) |
| 4 現在「困っている」「悩んでいる」「不安」なことはありますか | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 妊娠・出産のこと <input type="checkbox"/> 自分の健康のこと <input type="checkbox"/> 育児のこと <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> その他()) |
| 5 現在 あなたはタバコを吸いますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(本/日) |
| 6 現在 夫(パートナー)や同居家族はタバコを吸いますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(本/日) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた 誰が()どこで(室内・室外()) |
| 7 同居の家族はどなたですか | <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 自分の親 <input type="checkbox"/> 夫の親 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> その他() |
| 8 現在 あなたはアルコールを飲みますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(時々 回/週・毎日) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた |
| 9 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 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> こころの病気(うつ病など)(病名:) <input type="checkbox"/> その他() *それはいつ頃ですか?(年頃)・現在治療中) |
| 10 この1年間に2週間以上続く気になる症状はありますか | <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(「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」「その他()」) |
| 11 子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない |
| 12 その他、妊娠・出産・育児について心配なことはありますか | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある() |

※出産・子育てへの支援や、お住まいの市町や三重県の母子保健の推進を目的にこの情報について統計的な処理を行い、公表することがありますが、その場合個人が特定されることはありません。

※妊娠届出書、アンケートをもとに、お住まいの市町から連絡させていただくことがありますので、ご了承ください。

