

妊 娠 届 出 書

※太枠のみご記入ください

母子手帳交付番号: _____ (年度)

ふりがな 妊婦氏名			生年月日	年 月 日 (歳)		
			連絡先			
住所	泉崎村大字		職業			
			保険区分	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他		
ふりがな 配偶者 (パートナー)			生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	※住所は夫婦で異なる場合のみ記載		連絡先			
			職業			
環境	家族疾患: <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 () 住居の状況: <input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> アパート・マンション (階) <input type="checkbox"/> その他 ()					
婚姻の有無	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 入籍予定 (有 ・ 無 ・ 未定) <input type="checkbox"/> 結婚年齢 () 歳					
出産予定日	年 月 日	妊娠週数	週	出生順位	第 子	
妊婦健診受診医療機関名						
出産(予定)医療機関名						
里帰り	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未定	[住所 電話番号 () (世帯主 様方)]				
今までの 妊娠・分娩 の状況	分娩・流産年月日	妊娠の経過			出生時体重	
	年 月	出産・流産・死産・中絶			g	
	年 月	出産・流産・死産・中絶			g	
	年 月	出産・流産・死産・中絶			g	

上記のとおり届出をいたします。

泉崎村長

届出日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者氏名: _____

【交付者記入欄】

届出人の確認	<input type="checkbox"/> 妊婦本人 <input type="checkbox"/> 代理人: 夫・その他 ()
	※本人確認書類: <input type="checkbox"/> 運転免許 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()



* 妊娠・出産・育児サポートアンケート *



妊娠おめでとうございます。泉崎村では、安心して子育てができるよう妊娠中からサポートをしています。
このアンケートは、お母さんと赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。

1	家族構成	<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他()
2	今回の妊娠を知った時の 気持ちはいかがでしたか？	<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 特に何とも思わなかった <input type="checkbox"/> その他()
3	体調はいかがですか？	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 気分が落ち込む <input type="checkbox"/> 眠れない <input type="checkbox"/> その他()
4	今までかかった病気や治療 中の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () かかりつけの医療機関() 治療状況: <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断 <input type="checkbox"/> 治療終了(年 月頃) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 心の病気(うつ <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> その他()) <input type="checkbox"/> その他()
5	妊娠・出産・育児について 相談できる人はいますか？	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 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()) <input type="checkbox"/> いいえ
6	妊娠・出産・育児で困った時 協力してくれる人はいます か？	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 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()) <input type="checkbox"/> いいえ (<input type="checkbox"/> なんとかやっていけそう <input type="checkbox"/> どうなるか不安)
7	タバコは吸いますか？	<input type="checkbox"/> 以前から吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本)
8	お酒は飲みますか？	<input type="checkbox"/> 以前から飲まない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 飲む(<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週 回)
9	家族はタバコを吸いますか？	<input type="checkbox"/> 以前から吸わない <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) 誰が: <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> その他
10	現在、困っていることや悩ん でいること、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 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 夫(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族関係のこと <input type="checkbox"/> 家族の病気や障がい <input type="checkbox"/> その他)
ご記入いただいた内容は、個人情報として取り扱いプライバシーを保護いた しますが、医療機関と村などが情報を共有したり、支援に活用させていただ くことがあります。ご同意いただける場合、☑をつけて下さい。		<input type="checkbox"/> 同意します

【交付者記入欄】

指導内容	処遇	受付担当者
	<input type="checkbox"/> 現時点では特になし <input type="checkbox"/> 要継続 <input type="checkbox"/> 電話相談(月) <input type="checkbox"/> 妊婦訪問(月) <input type="checkbox"/> その他()	