

# 妊 娠 届 出 書 (母子フェイスシート)

横芝光町長 様

太枠をすべてご記入ください。裏面もございます。  
この妊娠届は健康こども課で管理し、母子の健康管理の目的以外には使用しません。  
内容について、個別にご連絡させていただくことがあります。

届出日:           年       月       日

届出者氏名: \_\_\_\_\_

ふりがな		生年月日	職業			
妊婦氏名		S・H    年    月    日 (    歳)				
住民登録 している住所	横芝光町					
加入医療保険	国保・社保・共済・その他(    )	個人番号				
実際に住んで いる住所		自宅 TEL 携帯 TEL				
外国人のみ 国籍(nationality)						
性病検査に関する検査	受けた    ・    受けていない	結核に関する検診(胸部レントゲン)	受けた    ・    受けていない			
夫(パートナー) 氏名		S・H    年    月    日(    歳)				
住民登録 している住所						
実際に住んで いる住所		自宅 TEL 携帯 TEL				
妊娠の診断を受けた病院		妊娠の診断を受けた日	年    月    日			
出産する予定の病院		妊娠回数	なし・あり(    回)			
出産予定日	年    月    日 (現在 満    週)	出産回数	なし・あり(    回)			
家族 構 成	名前	生年月日	続柄	名前	生年月日	続柄
		年    月    日			年    月    日	
		年    月    日			年    月    日	
		年    月    日			年    月    日	

母子健康手帳別冊の妊婦一般健康診査受診票 (14枚)、新生児聴覚スクリーニング検査受診票 (1枚)、乳児一般健康診査 (3～6か月) (7～11か月) を受領しました。

受領サイン: \_\_\_\_\_

<本人確認>	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
<input type="checkbox"/> 通知カード+ ( 免許証 ・ パスポート ) ※身分証明書を提示 (顔写真付きのものは1点、顔写真なしのものは2点)	
<代理人による届け出の場合>	
<input type="checkbox"/> 妊婦本人が記入した妊娠届出書、妊娠届出アンケート	
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 妊婦のマイナンバーが確認できるもの (コピー可)	

妊娠届出時アンケート

質問事項	回答			
	はい	いいえ	どちらともいえない	理由:
1 妊娠したことはうれしいですか	はい	いいえ	どちらともいえない	理由:
2 からだの状態は安定していますか	はい	いいえ	どちらともいえない	状態:
3 これまでに流産・早産・死産等がありますか	いいえ	はい	流産____回、早産____回、 死産____回、中絶____回	
4 これまでに低体重児(2500g未満)の出産がありますか	いいえ	はい	いつ頃: _____、回数____回	
5 大きな病気にかかったことや現在治療中の病気はありますか	いいえ	はい	いつ頃: 病名:	
6 今まで心理的あるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医師あるいは心療内科医師に相談したことはありますか	いいえ	はい	いつ頃: 病名:	
7 こころの状態は安定していますか	はい	いいえ	どちらともいえない	状態:
8 今後転出する予定はありますか	いいえ	はい	転出予定先:	
9 里帰りの予定はありますか	いいえ	はい	里帰り先:	
10 出産にかかる費用など経済不安はありますか	いいえ	はい	どちらともいえない	理由:
11 婚姻状況にあてはまるものはどれですか	初婚	再婚	未入籍 ( 婚姻歴 あり・なし )	
12 夫(パートナー)の婚姻状況にあてはまるものはどれですか	初婚	再婚	未入籍 ( 婚姻歴 あり・なし )	
13 (未入籍の方は記入してください) 入籍予定はありますか	はい いつ頃 ____年 ____月	いいえ	未定	
14 なんでも打ち明けること(相談)ができる人がいますか	はい	いいえ	どちらともいえない	理由:
15 夫(パートナー)には何でも打ち明けること(相談)ができますか	はい	いいえ	理由:	
16 妊娠・分娩・産後の生活をするのに(夫またはパートナー以外に)協力者はいますか	はい	いいえ	理由:	
17 出産後の子育てに自信が持てず不安がありますか	いいえ	はい	理由	
18 タバコは吸いますか	いいえ	はい	妊娠してやめた	本数: _____本/日
19 家族の中でタバコを吸う方はいますか	いいえ	はい	夫・父・母・きょうだい 他:	
20 お酒は飲みますか	いいえ	はい	妊娠してやめた	頻度: _____日/週
21 不妊治療を受けたことがありますか	いいえ	はい	いつ頃:	
22 現在歯医者さんに通院していますか	いいえ	はい	理由:	
23 妊娠中や出産後に困ったり、不安なりそうなことはありますか □特になし □育児について □経済面について □夫婦・家族関係(DV など)について □子どもが無戸籍になる可能性がある □その他相談ごと ※離婚後300日以内に出産した場合や婚姻中に他のパートナーとの子を出産した場合、(前)夫の子どもとして戸籍が作られることとなります。それを避けるために出生届を提出しなければ、無戸籍となります。				
※母子の健康管理のため病院(助産院)と町が必要時に連絡を取ることに了承していただけますか				
	はい	いいえ		
(署名: _____)				

ご記入ありがとうございました。

# 妊娠届出書(母子フェイスシート)

横芝光町長 様

太枠をすべてご記入ください。裏面もございます。  
この妊娠届は健康こども課で管理し、母子の健康管理の目的以外には使用しません。  
内容について、個別にご連絡させていただくことがあります。

記入例

届出日: ○○年 ○○月 ○○日

届出者氏名: 横芝 花子

ふりがな	よこしば はなこ	生年月日	職業			
妊婦氏名	横芝 花子	(S)・H○○年○○月○○日(○○歳)	会社員			
住民登録している住所	横芝光町 栗山1076番地					
加入医療保険	国保 ( <input checked="" type="checkbox"/> 社保 ) ・ 共済 ・ その他( )	個人番号	○○○○○○○○○○○○○○			
実際に住んでいる住所	同上	自宅 TEL 0479-82-3400 携帯 TEL 000-1234-5678				
外国人のみ 国籍(nationality)						
性病検査に関する検査	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた ・ 受けていない	結核に関する検診(胸部レントゲン)	<input checked="" type="checkbox"/> 受けた ・ 受けていない			
ふりがな	よこしば たろう	生年月日	職業			
夫(パートナー)氏名	横芝 太郎	(S)・H○○年○○月○○日(○○歳)	会社員			
住民登録している住所	同上					
実際に住んでいる住所	同上	自宅 TEL 0479-82-3400 携帯 TEL 000-1234-5678				
妊娠の診断を受けた病院	○○病院	妊娠の診断を受けた日	○○年 ○○月 ○○日			
出産する予定の病院	同上	妊娠回数	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり( 1 回)			
出産予定日	○○年 ○○月 ○○日 (現在 満 ○○週)	出産回数	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> あり( 1 回)			
家族構成	名前	生年月日	続柄	名前	生年月日	続柄
	横芝 太郎	S○○年○○月○○日	夫		年 月 日	
	横芝 花子	S○○年○○月○○日	本人		年 月 日	
	横芝 光	H○○年○○月○○日	子		年 月 日	

母子健康手帳別冊の妊婦一般健康診査受診票(14枚)、新生児聴覚スクリーニング検査受診票(1枚)、乳児一般健康診査(3~6か月)(7~11か月)を受領しました。

受領サイン: **※確認後受領サインをいただきます**

<本人確認>

個人番号カード

通知カード+ ( 免許証 ・ パスポート ) ※身分証明書を提示 (顔写真付きのものは1点、顔写真なしのものは2点)

<代理人による届け出の場合>

妊婦本人が記入した妊娠届出書、妊娠届出アンケート

委任状  代理人の身分証明書  妊婦のマイナンバーが確認できるもの (コピー可)

妊娠届出時アンケート

質問事項		回答			
1	妊娠したことはうれしいですか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> どちらともいえない	理由:
2	からだの状態は安定していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> どちらともいえない	状態:
3	これまでに流産・早産・死産等がありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	流産____回、早産____回、 死産____回、中絶____回	
4	これまでに低体重児(2500g未満)の出産がありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	いつ頃: _____、回数____回	
5	大きな病気にかかったことや現在治療中の病気はありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	いつ頃: 病名:	
6	今まで心理的あるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医師あるいは心療内科医師に相談したことはありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	いつ頃: 病名:	
7	こころの状態は安定していますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> どちらともいえない	状態:
8	今後転出する予定はありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	転出予定先:	
9	里帰りの予定はありますか	<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	里帰り先: ○○市○○ ○○—○	
10	出産にかかる費用など経済不安はありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> どちらともいえない	理由:
11	婚姻状況にあてはまるものはどれですか	<input checked="" type="radio"/> 初婚	<input type="radio"/> 再婚	未入籍 ( 婚姻歴 あり・なし )	
12	夫(パートナー)の婚姻状況にあてはまるものはどれですか	<input checked="" type="radio"/> 初婚	<input type="radio"/> 再婚	未入籍 ( 婚姻歴 あり・なし )	
13	(未入籍の方は記入してください) 入籍予定はありますか	<input type="radio"/> はい いつ頃 ____年 ____月	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 未定	
14	なんでも打ち明けること(相談)ができる人がいますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> どちらともいえない	理由:
15	夫(パートナー)には何でも打ち明けること(相談)ができますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	理由:	
16	妊娠・分娩・産後の生活をするのに(夫またはパートナー以外に)協力者はいますか	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	理由:	
17	出産後の子育てに自信が持てず不安がありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	理由	
18	タバコは吸いますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	妊娠してやめた	本数: _____本/日
19	家族の中でタバコを吸う方はいますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	夫・父・母・きょうだい 他:	
20	お酒は飲みますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	妊娠してやめた	頻度: _____日/週
21	不妊治療を受けたことがありますか	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	いつ頃:	
22	現在歯医者さんに通院していますか	<input type="radio"/> いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい	理由: 定期検診	
23	妊娠中や出産後に困ったり、不安なりそうなことはありますか <input checked="" type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 育児について <input type="checkbox"/> 経済面について <input type="checkbox"/> 夫婦・家族関係(DV など)について <input type="checkbox"/> 子どもが無戸籍になる可能性がある <input type="checkbox"/> その他相談ごと ※離婚後300日以内に出産した場合や婚姻中に他のパートナーとの子を出産した場合、(前)夫の子どもとして戸籍が作られることとなります。それを避けるために出生届を提出しなければ、無戸籍となります。				
※母子の健康管理のため病院(助産院)と町が必要時に連絡を取ることに了承していただけますか		<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ		
		(署名: 横芝 花子 )			

ご記入ありがとうございました。