

様式第1号(第2条関係)

妊娠届出書(母子健康手帳・妊婦健康診査助成券交付申請書)

		交付番号	
ふりがな		妊婦個人番号	
妊婦氏名	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚(入籍予定 有・無)	分娩予定日	年 月 日
年 齢	( 歳 ) 年 月 日生	妊娠週数	週 ( か月 )
居住地	寄居町大字	世帯主氏名	
	電話番号	父となる者の氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ 世帯主と同じ場合はチェック(レ)を記入
妊婦の国籍 ※外国籍の方は記入してください			
職 業		主婦・会社員・公務員・アルバイト・パート・自営業 その他 ( )	
保 険 の 種 類		国保・社保・共済・生保・その他 ( )	
妊 娠 回 数		初回・その他 ( 回 )	
性病に関する健康診断		受けた ・ 受けていない	
結核に関する健康診断		受けた ・ 受けていない	
今回の妊娠の診断を受けた医療機関名 診察した医師又は助産師名			
出産予定医療機関		※県外のみ 市・町・村	
上記のとおり届出いたします。 届出年月日 年 月 日 (宛先) 寄居町長 届出者氏名 (妊婦との続柄)			

記載上の注意 1. 「性病に関する健康診断」は、血液検査を受けたか否かによって記入する。  
2. 「結核に関する健康診断」は、今回の妊娠について少なくともツベルクリン反応検査又はレントゲン検査を受けたか否かによって記入する。

<p>●妊娠の届出に当たり、住民基本台帳で住所地等を確認します。</p> <p>●妊娠届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・育児への支援の目的以外に母子保健施策の推進のために統計的な処理を行うことや国・埼玉県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表することがあります。</p> <p>●切れ目のない支援のため、妊娠届出書、保健師・助産師等が電話等で把握した内容その他の町が把握した情報について、関係機関で共有します。</p> <p>このことについて同意します。 妊婦(代理人)署名</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

窓口記入欄

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 在留資格カード <input type="checkbox"/> その他 ( )
代理人確認 ※要委任状	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 在留資格カード <input type="checkbox"/> その他 ( )
外国語版	

妊娠初期アンケート

妊娠届出を出された方へ

妊娠届出日 年 月 日 母子健康手帳交付番号

町では、皆さんが安心して出産、子育てができるようお母さんと生まれてくる赤ちゃんを応援します。継続した支援を実施するため、下記の質問へのご記入をお願いします。

内容は個人情報として取り扱い、プライバシーは保護しますので安心して記入してください。

\*後日、子育て世代包括支援センター（すくすくテラス）より電話で連絡をする場合があります。

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 月 日

（代理の方の氏名： \_\_\_\_\_）

妊娠週数（ \_\_\_\_\_ ）週 単胎・多胎（ \_\_\_\_\_ ）

健診受診(分娩予定)施設名( \_\_\_\_\_ )

※あてはまる箇所に✓を記入してください。

<p>1 現在、妊娠は順調ですか</p>	<p><input type="checkbox"/>はい  <input type="checkbox"/>いいえ⇒ <span style="font-size: 2em;">[</span> <input type="checkbox"/>つわり <input type="checkbox"/>下腹部の張り <input type="checkbox"/>出血  <input type="checkbox"/>その他( _____ ) <span style="font-size: 2em;">]</span></p>																									
<p>2 現在、心身の状態はいかがですか</p>	<p><input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>疲れやすい <input type="checkbox"/>眠れない <input type="checkbox"/>イライラする  <input type="checkbox"/>その他( _____ )</p>																									
<p>3 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</p>	<p><input type="checkbox"/>ない  <input type="checkbox"/>ある⇒<input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>貧血 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>心臓病  <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>甲状腺 <input type="checkbox"/>心の病気  <input type="checkbox"/>その他( _____ )</p>																									
<p>4 たばこを吸いますか</p>	<p><input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>やめた( _____ 歳まで) <input type="checkbox"/>吸う( _____ 本/日)</p>																									
<p>5 お酒を飲みますか</p>	<p><input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>やめた( _____ 歳まで)  <input type="checkbox"/>飲む( _____ 日位/週、酒類 _____ 、量 _____ )</p>																									
<p>6 今回の妊娠について</p>	<p><input type="checkbox"/>自然に妊娠した <input type="checkbox"/>治療して妊娠した</p>																									
<p>7 今までの妊娠・出産について                  (1)今までの出産について教えてください                   (2)流産・早産・死産の経験がありますか</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">(1)出産回数( _____ 回)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">生年月日</td> <td style="text-align: center;">出生体重</td> <td style="text-align: center;">妊娠・分娩経過の異常</td> <td style="text-align: center;">出産した病院</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">第1子</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">第2子</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">第3子</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(2)<input type="checkbox"/>ない  <input type="checkbox"/>ある [ 流産 _____ 回・早産 _____ 回・死産 _____ 回 ]</p>	(1)出産回数( _____ 回)						生年月日	出生体重	妊娠・分娩経過の異常	出産した病院	第1子					第2子					第3子				
(1)出産回数( _____ 回)																										
	生年月日	出生体重	妊娠・分娩経過の異常	出産した病院																						
第1子																										
第2子																										
第3子																										
<p>8 あなたは妊娠を知ってどんな気持ちでしたか                  (複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/>うれしい <input type="checkbox"/>楽しみ <input type="checkbox"/>びっくりした <input type="checkbox"/>ほっとした  <input type="checkbox"/>何とも思わない <input type="checkbox"/>困った <input type="checkbox"/>戸惑った  <input type="checkbox"/>その他( _____ )</p>																									

