

【転入者用】妊婦面接シート

No. 24 - 転 -

◎ご記入していただいた内容は個人情報として取扱います。届出書は市役所で管理し、妊娠・出産・子育て支援の目的以外には使用しません。
◎太枠内をご記入ください。また、裏面の子育てアンケートもお答えください。

ふりがな			生年月日	年齢	職業
妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定あり・なし)		S H 年 月 日		□デスクワーク □立ち仕事
ふりがな			生年月日	年齢	職業
夫氏名 (パートナー)			S H 年 月 日		
居住地	日野市		電話番号	※日中(平日8:30~17:15の間)連絡がとれる電話番号をご記入ください。	
			【妊婦携帯】		
	外国籍の方は国籍を記入してください()		【緊急連絡先】	(続柄:)	
妊娠週数	満 週	分娩予定日	年 月 日	里帰り出産の予定	①あり ②なし ③未定
過去の妊娠・出産	過去の妊娠回数: ①なし ②あり()回		過去の出産回数: ①なし ②あり()回		
妊娠の状態	①単胎 ②多胎()胎	不妊治療の有無	①あり ②なし	性病検査	①受けた ②受けていない
				結核検査	①受けた ②受けていない
医療機関について	A 医療機関等の名称	B 医師又は助産師の氏名	A	B	
上記のとおり届け出ます。 年 月 日					
日野市長 殿					
届出者氏名 (続柄:)					

【届出者受け取り確認欄】

- 母子健康手帳 1冊
外国語版母子手帳 () 語)
 育児パッケージの案内
 面接済^④
 出産応援ギフト(管理番号:)
※妊娠6~8か月アンケート、電話番号使用の同意あり

- 妊婦健診受診票(14回分)
 超音波検査のごあんない(4回分)
 妊婦子宮頸がん検診受診票(1回分)
 妊婦歯科健診受診票(1回分)
 新生児聴覚検査(1回分)

【育児パッケージに関する項目】

<input type="checkbox"/> 他自治体母子健康手帳交付日
年 月 日
<input type="checkbox"/> 母子健康手帳交付自治体
<input type="checkbox"/> 他自治体母子健康手帳交付番号
<input type="checkbox"/> 他自治体での妊婦面接
(有 無)

上記を受け取りました。氏名()

【市確認欄】

□住基確認 +	1点確認	または	2点確認
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 写真付き学生証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 各種医療証

【同居者の風疹抗体検査申請】 対象者: 夫・パートナー・その他 <input type="checkbox"/> 希望なし (接種歴確認・抗体確認済み・接種済み・その他) <input type="checkbox"/> 希望あり クーポン・市(本人来所・郵送)	【面接予約】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし()	【☆】	【確認番号】 1. E 2. 地 3. T 4. 赤
--	--	------------	---

日野市 子育てアンケート



◎ご記入いただいた内容は個人情報として取扱い、
妊娠・出産・子育て支援の目的以外には使用しません。

1	家族構成を ご記入ください	妊婦さんを含めた同居人数 () 人 ※同居のご家族に○をつけてください。 夫(パートナー) ・ 子ども () 人 ・ 父 ・ 母 ・ その他 ()	
2	ここ1か月の体調はいかが ですか(複数回答可)	よい	よくない ①つわり症状 ②疲れやすい ③眠れない ④イライラする ⑤涙ぐみやすい ⑥何もする気がしない ⑦気分が沈む ⑧その他 ()
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	なし	あり 心臓病 高血圧 腎臓病 糖尿病 甲状腺の病気 難病 肝炎 こころの病気 その他 () 診断名【 】
4	心療内科や精神科等に 相談したことがありますか	なし	あり 相談先 () ・ わからない いつ頃からですか (歳頃) : 治療中 治療終了 その他
5	常用薬がありますか	なし	あり 睡眠薬 安定剤 その他の薬 お薬名 ()
6	お酒を飲んでいますか	いいえ	はい 1週間に (回程度) ・ (ml/日) やめたいと思いますか。(はい・いいえ)
7	タバコを吸っていますか	いいえ	はい 1日に (本程度) ・ 喫煙期間 (年) やめたいと思いますか。(はい・いいえ)
8	同居人でタバコを吸って いる人はいますか	いいえ	はい どなたですか? () 分煙されていますか(はい・いいえ)
9	夫(パートナー)の体調は いかがですか	よい	よくない
10	妊娠に対する今現在の お気持ちはいかがですか	うれしい	うれしく ない 迷いや不安がある 理由 ()
11	夫(パートナー)には 何でも相談できますか	はい	いいえ
12	あなたのお母さんには 何でも相談できますか	はい	いいえ
13	出産後、家事や育児を 手伝ってくれる人はいますか	はい	いいえ
14	何か心配なこと 不安なこと 困っていることはありますか (複数回答可)	なし	あり (ア) 妊娠・出産について (イ) 経済的なこと (ウ) 自分の身体のこと (エ) 夫婦(パートナー)関係のこと (オ) 家族関係のこと (カ) 育児の仕方 (キ) 相談者や協力者が見つけれない (ク) その他 ()

【市メモ欄】

【時間】 : ~ : 【来所者】 妊婦 ・ 夫(パートナー) ・ 子 () 人 ・ 実母 ・ その他

【ソーシャルポスト】 0 ・ 1 ・ 2以上 【個別記録(フォロー画面)】 無 有