

# 妊娠届出書

(兼 母子健康手帳交付台帳)  
(兼 育児パッケージ申請書)

No. 25 -

◎ご記入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<br>H      | 年 月 日                                       |               | □デスクワーク □立ち仕事 |
| 夫氏名<br>(パートナー)                              |                      | S<br>H      | 年 月 日                                       |               |               |
| 居住地   | 日野市                  |             | 電話番号 ※日中(平日8:30~17:00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                                    | 妊娠回数                 | ①なし ②あり( )回 |   | 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(血液検査)    | ①受けた ②受けていない  |
|   |                      |             |   | 結核検査(胸部レントゲン) | ①受けた ②受けていない  |
| 妊娠の診断を受けた医療機関について                           | 医療機関住所               |             |   | 医療機関電話番号      |               |
|   | 医療機関名称               |             |   | 医師または助産師の氏名   |               |
| 上記のとおり届け出ます。 年 月 日<br>日野市長殿<br>届出者氏名 (続柄: ) |                      |             |   |               |               |

## 【届出者受け取り確認欄】

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 1冊 外国語版母子手帳 ( ) 語)         | <input type="checkbox"/> 妊婦健診受診票 (14回分)     |
| <input type="checkbox"/> 育児パッケージ 渡し済 <sup>①</sup> (管理番号: ) | <input type="checkbox"/> 超音波検査のごあんない (4回分)  |
| <input type="checkbox"/> 面接済 <sup>②</sup>                  | <input type="checkbox"/> 妊婦子宮頸がん検診受診票 (1回分) |
| <input type="checkbox"/> 妊婦支援給付金の申請 (管理番号: )               | <input type="checkbox"/> 妊婦歯科健診受診票 (1回分)    |
| ※妊娠6~8か月アンケート、電話番号使用の同意あり                                  |   |
| <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 (1回分)                     |   |

上記を受け取りました。氏名 ( )

※ 窓口に来た方が本人以外の場合、委任状が必要となりますので以下の欄にもご記入ください

| 委任状  |             |
|--|-------------|
| 代理人 氏名   | 委任者 氏名(妊産婦) |
| 住所   | 住所          |
| 本人との関係   |             |
| 個人番号の提供を伴うこの届出について、左記のものを私の代理人として定め、その権限を委任します |             |

## 【市確認欄】

住基確認

| 本人確認   | 1点  | 2点   | 【☆】 | 【確認番号】                 |
|--------|---|--|-----|------------------------|
|        | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> 各種医療証<br><input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 学生証、社員証 <input type="checkbox"/> 公共料金の領収書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |     | 1. E 2. 地<br>3. T 4. 赤 |
| 個人番号確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 市で個人番号確認、了承済み   |  |     |                        |

# 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<br>ご記入ください                          | 妊婦さんを含めた同居人数 ( ) 人<br>※同居のご家族に○をつけてください。<br>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<br>ですか(複数回答可)                | よい   | よくない<br>①つわり症状 ②疲れやすい ③眠れない ④イライラする<br>⑤涙ぐみやすい ⑥何もする気がしない ⑦気分が沈む<br>⑧その他 ( )  |
| 3  | 今までにかかった病気や<br>現在治療中の病気は<br>ありますか         | なし   | あり<br>心臓病 高血圧 腎臓病 糖尿病 甲状腺の病気 難病 肝炎<br>こころの病気 その他 ( )<br>診断名【 】  |
|    |   |  |   |
| 4  | 心療内科や精神科等に<br>相談したことがありますか                | なし   | あり<br>相談先 ( ) ・ わからない<br>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<br>睡眠薬 安定剤 その他の薬<br>お薬名 ( )  |
| 6  | お酒を飲んでいますか                                | いいえ  | はい<br>1週間に ( 回程度) ・ ( ml/日)<br>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<br>1日に ( 本程度) ・ 喫煙期間 ( 年)<br>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<br>いる人はいますか                   | いいえ  | はい<br>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<br>いかがですか                    | よい   | よくない  |
| 10 | 妊娠に対する今現在の<br>お気持ちはいかがですか                 | うれしい   | うれしく<br>ない<br>迷いや不安がある<br>理由 ( )  |
| 11 | 夫(パートナー)には<br>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<br>何でも相談できますか                  | はい   | いいえ   |
| 13 | 出産後、家事や育児を一緒に<br>手伝ってくれる人はいますか            | いいえ  | はい<br>手伝ってくれる方はどなたですか?<br>夫(パートナー) ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 ・ その他 ( )  |
| 14 | 何か心配なこと 不安なこと<br>困っていることはありますか<br>(複数回答可) | なし   | あり<br>(ア) 妊娠・出産について (イ) 経済的なこと<br>(ウ) 自分の身体のこと (エ) 夫婦(パートナー)関係のこと<br>(オ) 家族関係のこと (カ) 育児の仕方<br>(キ) 相談者や協力者が見つけれない<br>(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

【風疹抗体検査】  説明済 【ソーシャルポート】 0 ・ 1 ・ 2以上 【個別記録(フォロー画面)】  無  有 面接者 \_\_\_\_\_