

妊 娠 届 出 書

年 月 日

(宛先)川崎市保健所長

妊婦住所 川崎市 区

電話 (.....)

フリガナ
妊婦氏名

個人番号

母子保健法第15条の規定により次のとおり届け出ます。

妊婦の職業		妊娠回数	□はじめて □ 回目
妊婦の生年月日	年 月 日 (歳)	前回妊娠中に異常 がありましたか	□ない □あった
夫の氏名・年齢	(歳)		
出産予定日	年 月 日	妊娠週数 (現在) 満	週 (か月)
所在地 施設名年月日 医師又は 助産師名			

※ 保健所記入欄.....この欄は記入しないでください。

妊婦届出書の受付	母子健康手帳交付	交 付 No.
年 月 日	年 月 日	

- 注 1 太線枠内のみ記入してください。
 2 該当のところは□内にレ印をつけてください。
 3 妊婦氏名については、記入押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

受診状況確認	□産婦人科診察券 □その他(.....)
個人番号確認	□個人番号カード □通知カード □住民票
申請者 身元確認	1点で可 □個人番号カード □身体・障害・療育手帳 □在留カード・特別永住者証明書 □旅券 □運転免許証 □その他(.....)
	2点必要 □健康保険証 □戸籍謄本 □年金手帳 □産婦人科診察券 □その他(.....)

おたすね

ご妊娠おめでとうございます。地域みまもり支援センターでは、妊娠・出産・子育てや、ご家族の健康についても相談を受けています。気になることや困っていることなどご質問がありましたら、この機会にお気軽にご相談ください。

妊娠回数	妊娠 はじめて ・ 回目 出産 はじめて ・ 回目	居住歴	この区に住んで（ 年 か月）
里帰り出産の予定	なし・未定 あり（里帰り先： ）	出産予定病院	
		産後の手伝い	なし・あり（ ）
既往歴	なし・あり 高血圧 腎臓病 糖尿病 肝炎 甲状腺疾患 うつ病 適応障害 その他の精神疾患 婦人科系疾患 不妊症・不育症 その他慢性疾患（ ） （ 歳頃 治療経過： ）		
いまかかっている病気	なし・あり（ ）		
現在の体調	よい・どちらともいえない・ 体調が悪い（つわり・頭痛・出血・眠れない・食欲がない・その他（ ））		
妊娠がわかった時の気持ち	うれしい おどろき 不安 困った その他（ ）		
喫煙について	あなた	吸う（ 本/日）・やめた（妊娠して・それ以前）・吸わない	
	パートナー	吸う（ 本/日）・やめた（妊娠して・それ以前）・吸わない	
飲酒について	あなた	飲む（何を： 量： ）週 回）・やめた・飲まない	
	パートナー	飲む（何を： 量： ）週 回）・やめた・飲まない	
同居者	人	あなた・パートナー（職業： ）・	
同居者の健康状態	よい・通院が必要・介護が必要・健康に不安・その他（ ）		

○家事や仕事など日常生活でストレスを感じていますか。

いいえ ・ はい（どのようなことですか： _____）

○必要なとき、相談に乗ってくれる人、信頼して相談できる人がいますか。

いる【パートナー・その他（ _____）】 ・ いない

○いま、質問したいこと、相談したいことなどがありましたらご記入ください。

体調のこと・パートナーのこと・家族のこと・経済的なこと・出産病院のこと・産後のこと・その他

(_____)