

※市記入欄

妊娠届出日		
母子健康手帳No.		
妊婦面談日		
給付金申請書セット	済	未

妊 娠 届 出 書

あて先 甲府市長

母子保健法第15条の規定に基づき次のとおり届け出ます。

なお、甲府市の住民であることの確認を甲府市地域健康支援システムにて行い、本届出書の情報を管理すること、及び必要に応じて住基ネット端末で個人番号を確認することに同意します。

年 月 日 妊婦氏名 _____

※代理人の場合 妊婦の代理としての次のとおり届けます。

年 月 日 代理人氏名 _____ (続柄 _____)

妊婦 個人番号(マイナンバー)																			
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日生	()歳	職業											
妊婦氏名																			
ふりがな		生年月日	昭和 平成	年	月	日生	()歳	職業											
子の父の 氏名																			
住 所	甲府市																		
電話番号	妊婦 :																		
	子の父 : 其他() :																		
妊娠の診断 年月日	年	月	日	性病に関する健康診断の有無			<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けてない	<input type="checkbox"/> わからない										
出産予定日	年	月	日	一年以内の結核に関する健康診断の有無			<input type="checkbox"/> 受けた	<input type="checkbox"/> 受けてない	<input type="checkbox"/> わからない										
妊娠週数	週		特記事項			<input type="checkbox"/> 単胎	<input type="checkbox"/> 双胎	<input type="checkbox"/> その他多胎											
診断を受けた医療機関				出産予定医療機関			<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他()												

・妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を支援するため、妊娠中に市と医療機関等で情報共有し、必要に応じて連絡・訪問をさせていただきます場合があります。

・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山梨県等に情報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ありません。また、統計的な処理の結果は公表される場合があります。

* あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。以下のアンケートにご記入をお願いします。

① 出産の経験はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	出産	回 (早産	回、死産	回)
② 流産・人工妊娠中絶の経験はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(流産	回、中絶	回)	
③ 過去の妊娠中に異常はありましたか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(切迫早産・妊娠高血圧症候群・その他:)	→ 入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
④ 過去の分娩経過で該当するものを選んでください	<input type="checkbox"/> 経膈分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開術	<input type="checkbox"/> 吸引分娩	<input type="checkbox"/> 鉗子分娩	

出産を経験された方は、お子さんの生年月日などを記載してください。

第1子	年	月	日生	男/女	第2子	年	月	日生	男/女
第3子	年	月	日生	男/女	第4子	年	月	日生	男/女

【裏面もご記入ください】

⑤ 今までにかかった病気や手術、現在通院中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 診断名(_____ 歳の時) → <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中 診断名(_____ 歳の時) → <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療中
⑥ 今までに心理的な、あるいは精神的な問題でカウンセラーや精神科医、または心療内科などに相談したことがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 施設名(_____) 「あり」と答えた方に伺います 診断名は聞いていますか <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (診断名: _____) 現在治療中ですか <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 終了 内服中のお薬はありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (_____) このことについて相談できる人、なんでも打ち明けることのできる人はいますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
⑦ 今回の妊娠は望んだ妊娠ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 不妊治療をしての妊娠ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑨ 今回の妊娠が分かった時はどのようなお気持ちでしたか	<input type="checkbox"/> とてもうれしかった <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑い驚いたがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚き戸惑った <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 何とも思わなかった
⑩ 現在、「心配なこと」・「不安なこと」・「悩んでいること」などはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 妊娠出産について ・ 身体のこと ・ 夫婦(パートナー)関係のこと 家族のこと ・ 仕事 ・ 上の子のこと ・ その他(_____)
⑪ 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑫ 妊娠前の身長、体重を教えてください	身長(_____)cm 体重(_____)kg BMI _____
⑬ タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠を機会にやめた <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた(_____ 歳から _____ 歳まで) <input type="checkbox"/> 現在も吸っている(_____ 歳から1日に _____ 本) → 禁煙しようと思いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭ 同居のご家族でタバコを吸う方はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (夫・パートナー・その他同居家族: _____)
⑮ 現在、アルコール類を飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (時々・週に2~3回・毎日)
⑯ 里帰りの予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 市内・市外(_____)・県外(_____)・ <input type="checkbox"/> 未定
⑰ 妊娠、出産、育児について相談したり協力してくれる人がいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 夫 実母 実父 義母 義父 兄弟姉妹 友人 その他
⑱ あなたは、子どもの頃から愛着を受けて育ったという実感がありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
⑲ 同居のご家族で基礎疾患や障がいのある方はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる
⑳ 相談したいことがあればご記入ください	

市役所記入欄 <div style="text-align: right;"> 地区(_____) 受付者(_____) </div>	同伴者 ①夫・パートナー ②実母 ③上の子 (第 _____ 子) ④その他 (_____) 外国語版交付 語 _____
--	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	子育て応援カード発行 有 ・ 無
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------