

※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 妊婦の代理として次のとおり届け出ます

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	年	月	日	生	歳	職業											
妊婦氏名																			
ふりがな		生年月日	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 : その他() :																		
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"/> 受けていない	<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"/> 受けていない	<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く場合があります。																			
・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 出産の回数を教えてください	回																		
② 人工妊娠中絶の経験はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	中絶 回																
③ 流産の経験はありますか	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	流産 回																
④ 過去の妊娠経過を教えてください	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群 <input type="checkbox"/> その他()																		
⑤ 過去の出産経過について選択してください	<input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 死産																		

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】

身体面について	
① 現在通院中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【診断名】_____
② 過去にかかった病気や手術はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【診断名】_____
精神面について	
① 現在通院中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【診断名】_____ 【診断名はないが症状がある】_____ 【内服中の薬はありますか】 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
② 過去に心理的な、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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 【診断名】_____ 【治療状況】 <input type="checkbox"/> 完治(寛解) <input type="checkbox"/> 治療中断 【相談できる人・なんでも打ち明けられる人はいますか】 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
今回の妊娠について	
① 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
② 不妊治療をしての妊娠ですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
③ 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"/> なんとも思わなかった
④ 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】 <input type="checkbox"/> 身体のこと <input type="checkbox"/> 夫婦(パートナー)のこと <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 上の子のこと <input type="checkbox"/> その他()
⑤ 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
⑥ 妊娠前の身長、体重を教えてください	身長()cm 体重()kg BMI()
⑦ タバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠を機にやめた <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた <input type="checkbox"/> 現在も吸っている 【喫煙の経験について教えてください】 ()歳から()歳
⑧ 同居のご家族でタバコを吸う方はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (<input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他の家族())
⑨ 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 【飲酒の頻度はどのくらいですか】 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 週に2~3回 <input type="checkbox"/> 毎日
⑩ 里帰りの予定はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> はい 市内・市外・県外(里帰り先_____)
⑪ 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ _____ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 実父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他
⑫ 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
⑬ 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
⑭ 相談したいことがあればご記入ください	

※市記入欄 <div style="text-align: right;"> 地区() 受付者() </div>	同伴者 <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> 実母 <input type="checkbox"/> 上の子(第 子) <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 外国語版受付
	語

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10