

福津市妊娠届出書

職員記入 交付No.【

] 受付【

】

医療機関記入欄

分娩予定日	年 月 日 単胎 • 多胎()
妊娠週数	週(月 日時点)
医療機関名	

妊娠記入欄

届出日(年 月 日) 個人番号()

妊婦本人	ふりがな 氏名	S · H	年	月	日	生	歳
	住所						
	電話番号	車の運転	あり	・	なし		
	職業	健康保険	社会保険	・	国民健康保険	・	生活保護
	産休・育休 あり・なし	復職予定	あり	・	退職(予定含む)	・	未定
実家()都道府県()市町村	里帰り	あり	・	なし	・	未定	
夫 パートナー	氏名	S · H	年	月	日	生	歳
	電話番号	職業					
	実家()都道府県()市町村						
同居家族	妊婦さんを含めた同居人数()人 夫またはパートナー・子ども・父・母・祖父・祖母・夫の父・夫の母・夫の祖父・夫の祖母・その他()						
婚姻形態	既婚 : 初婚 • 再婚(妊婦本人のみ • 夫のみ • 夫婦とも) 未婚 : 入籍予定 あり(いつ頃) • なし						
出産予定施設	医療機関名 :						

委任状
妊婦以外の方が届出をする場合、妊婦本人が記入してください。

福津市長 殿

私は、下記の届出人に妊娠の届出、母子健康手帳の受理、その他母子保健事業に関わる手続き等について委任します。

委任者 (妊婦自筆) _____

代理人 (氏名) _____ 続柄() _____

(住所) _____

裏面のアンケートにご協力ください

妊婦さんアンケート

1.妊婦さんの心身の健康について

あなたが生まれたときの体重は2,500g未満でしたか？		いいえ • はい • わからない
今までに大きな病気にかかった、または治療中の病気がありますか？ いいえ・はい（心臓病・腎臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病・貧血・甲状腺疾患・自己免疫疾患・子宮の病気・その他）		
今までに心療内科、精神科を受診したことがありますか？ いいえ はい いつ頃： 内服薬：なし・あり（ 症状・診断名： 病院名： ） 入院：なし・あり（ ）		
薬の内服は？ なし • あり（ ）		
朝食の習慣は？ 食べる • 時々食べる • 食べない		
飲酒の習慣は？ 飲まない • 妊娠してやめた • 飲む		
喫煙の習慣は？ 吸わない • 妊娠してやめた（ 本／日吸っていた ） • 吸う（ 本／日 ）		
妊娠前の体重（ ）kg ÷ 身長（ ）m ÷ 身長（ ）m = BMI（ ）		
あなたの血縁関係のある方に高血圧や糖尿病の方はいますか？ いいえ • はい • わからない		
あなたの母親や姉妹で「妊娠高血圧症候群」になった方はいますか？ いいえ • はい • わからない		
今回の妊娠は 回目 今回の出産は 回目 今回は治療して妊娠しましたか？ いいえ • はい（治療期間 治療内容 ）		
妊娠が分かった時の気持ちは？ とても嬉しかった • 予想外で驚いたが嬉しかった • 予想外で驚き戸惑った • 困った		
妊娠中や出産後に悩んだり困ったりするかもしれませんと思ふことがありますか？ 子育て・仕事との両立・経済面・夫（パートナー）・家族・自分・その他（ ）・なし		
困っているときに相談にのってくれる人はいますか？ 夫（パートナー）・友人・実父母・夫の父母・兄弟姉妹・親戚・近所の人・その他（ ）・いない		
産後に協力してくれる人はいますか？ 夫（パートナー）・友人・実父母・夫の父母・兄弟姉妹・親戚・近所の人・その他（ ）・いない		
その他、ご心配なこと、ご相談したいことなどがあればご記入ください。 ()		

2.妊娠や出産、育児に関する情報について、はがき等を送付してもよろしいですか？ はい • いいえ

3.ご記入内容について、支援の範囲内において医療機関・関係機関等への情報提供に承諾しますか？ はい • いいえ

4.【転入の方へ】出産・子育て応援交付金による出産応援ギフトの給付申請をしましたか？ はい • いいえ

5.これまでの出産について

	現在の子の年齢	分娩週数	出生体重	分娩方法	妊娠中の体重増加	妊娠中や分娩時のこと	所属(保育園名等)
第1子	歳	週 日	g	経腔分娩 帝王切開術	kg		
第2子	歳	週 日	g	経腔分娩 帝王切開術	kg		
第3子	歳	週 日	g	経腔分娩 帝王切開術	kg		
第4子	歳	週 日	g	経腔分娩 帝王切開術	kg		
第5子	歳	週 日	g	経腔分娩 帝王切開術	kg		