

# 妊 娠 届 出 書 (兼母子健康手帳交付願)

2	0	7
---	---	---

太枠内をご記入ください。裏面のアンケートもご記入ください。 ※は記入不要

妊 婦	住 所	鯖江市 日中の連絡先 (携帯可) TEL : _____										
	ふりがな	※ 整 理 番 号										
	氏 名	0	0	0								
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 才 )										
	職 業	1:会社員 2:公務員 3:自営業 4:アルバイト 5:パート 6:主婦 7:その他 ( )										
	勤 務 先	保険 1:国民健康保険 2:その他										
夫 の 氏 名		※ 整 理 番 号 0 0 0										
今 回 の 妊 娠		1:初産 2:経産 (第 子)			多胎の有無			1:無 2:有 ( 胎 )				
出 産 予 定 日		令和 年 月 日			妊娠週数			第 週 ( か月 )				
診 断 を 受 け た 施 設 ・ 医 師		施設名 医師名										
妊 娠 し て か ら の 健 康 診 断		・性病 (血液検査など) 1:受けた 2:受けていない ・結核 (胸部レントゲン検査など) 1:受けた 2:受けていない										
分 娩 予 定 施 設		施設名 (市外の場合 県 市)										
転 出 の 予 定		なし ・ 未定 ・ あり ( 妊娠中・出産後・未定 ) ※転出後は、鯖江市の妊婦健康診査受診票は使用できません。										
<p>《出産応援ギフトの申請について》</p> <input type="checkbox"/> 希望する ( はぴコイン ・ 現金給付 ) <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 他市町で申請済み												
<input type="checkbox"/>		上記の通り届出します。また、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援に必要な場合には、市から関係機関に対し必要な情報を提供することに同意します。										
<input type="checkbox"/>		鯖江市では、「こんにちは赤ちゃん事業」として、生後4か月頃までを目安に新生児全戸訪問を、生後7~8か月頃に赤ちゃん訪問を行っています。出産後、保健師または助産師が自宅を訪問することに同意します。										
鯖江市長 殿		令和 年 月 日										
届出者氏名		(妊婦との続柄: )										
※事務処理欄		交付年月日			令和 年 月 日			交付番号				
区 分	新規 / 転入 (→妊婦健診・血液検査のページを両面印刷し、渡した券に○) 転入日 (令和 年 月 日)											
	血液検査・子宮がん・HTLV-1・クラミジア・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14											
												窓口に来た人
												<input type="checkbox"/> 本人
												<input type="checkbox"/> 家族 (本人と面談後のギフト申請)

このアンケートは、お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために活用させていただきます。  
 秘密は堅く守りますので、ご協力ください。あてはまるものを○で囲み、( )内にご記入ください。

＜今回の妊娠・出産について＞

1.妊娠されて今のお気持ちはいかがですか	嬉しい・不安・とまどい・困る
2.予定した妊娠でしたか	はい・いいえ
3.妊娠を知ったときのパートナーの様子はいかがでしたか	喜ぶ・ふつう・とまどい・困る
4.婚姻形態を教えてください。	既婚(初婚)・再婚(自分・夫)・入籍予定・未婚

＜生活環境について＞

5.困った時に気軽に相談できる人はいますか	夫(パートナー)・実父・実母・夫の父・夫の母・ 兄弟姉妹・友人・他( )・いない
6.出産前後で身近の手伝いをしてくれる人はいますか	夫(パートナー)・実父・実母・夫の父・夫の母・ 兄弟姉妹・友人・他( )・いない
7.夫(パートナー)とは何でも相談できますか	できる・どちらともいえない・できない
8.出産後、実家等に帰る予定はありますか	はい(帰り先: )市)・いいえ

＜生活習慣について＞

9.妊娠前の身長や体重はどのくらいですか	身長: . cm	※BMI
	体重: . kg	
10.お酒を飲んでいますか	はい( )日/週)・いいえ	
11.たばこを吸っていますか	はい( )本/日)・妊娠を機にやめた・いいえ	
12.極端な好き嫌い等がありますか(習慣的な欠食、同じものしか食べない等)	はい・いいえ	

＜健康状態について＞

12.今までに病気で治療・通院したことがありますか	いいえ・はい(下記にお答えください)
貧血・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・甲状腺の病気・婦人科疾患・喘息・他( )	
いつ:( )歳頃、今の状況:治療中・経過観察中・完治・中断、病院:( )	
13.血縁の家族で高血圧・糖尿病の既往がある方はいますか	いいえ・分からない・はい(続柄: )
14.実母、自分の姉妹で妊娠高血圧症があった方はいますか	いいえ・分からない・はい(続柄: )
15.今までにこころの問題で専門家に相談・受診したことがありますか	いいえ・はい(下記にお答えください)
いつ:( )歳頃、今の状況:治療中・経過観察中・完治・中断、病院:( )	

＜現在心配なこと・困っていることについて＞

特にない・体について・精神面について・妊娠経過について・出産について・産後の生活について・ 夫(パートナー)との関係について・仕事について・経済面について・他( )
---

※第2子以降の出産の方のみお答えください。

16.これまでの妊娠経過はどうでしたか	特に異常なし・悪阻(脱水を伴うつわり)・貧血・ 切迫早産・切迫流産・妊娠高血圧症候群・ 妊娠糖尿病・他( )
17.生まれたときのお子様の体重・出生週数はどのくらいでしたか(覚えている範囲でご記入ください)	第1子:体重 g (週数 週)
	第2子:体重 g (週数 週)
	第3子:体重 g (週数 週)
18.出産後、マタニティブルーになったことがありますか	ない・少しあった・あった
19.現在子育てで困っていることはありますか	ない・ある( )