

岐阜県版

下呂市

妊娠届出書

母子手帳番号

【標準様式】

下呂市長 殿

届出年月日 年 月 日

|                            |                            |              |                         |              |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------|----------------------------|--------------|-------------------------|--------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| (ふりがな)                     | 生年月日                       | 年齢           | 職業                      | 個人番号         |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 妊婦氏名                       | 昭和・平成<br>年 月 日             |              |                         |              |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ①既婚 ②未婚（入籍予定 あり・なし）        | 年 月 日                      |              |                         |              |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| (ふりがな)                     | 生年月日                       | 年齢           | 職業                      |              |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 夫氏名<br>(パートナー)             | 昭和・平成<br>年 月 日             |              |                         |              |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 居住地                        | (〒509 - )<br>下呂市           |              | 電話<br>携帯電話<br>夫（など）の連絡先 | (0576)       | -                      | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| 医師又は助産師の診断<br>又は保健指導を受けたとき | 初診年月日                      | 令和 年 月 日     | 妊娠週数                    | 満 週（ か月）     |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                            | 分娩予定日                      | 令和 年 月 日     | 性病に関する健康診断の有無           | ①受けた ②受けていない |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                            | 特記事項                       | ①単胎 ②多胎 （ 胎） | 結核に関する健康診断の有無           | ①受けた ②受けていない |                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                            | 医療機関等の所在地・<br>名称・医師又は助産師氏名 |              |                         | 健康保険<br>の種別  | ①社保<br>②国保<br>③いずれでもない |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

＊お住まいの市町村保健センター、子育て世代包括支援センターは、あなたの妊娠・出産・子育てを、妊娠中から応援します。  
秘密は堅く守りますので、以下及び裏面についてもご記入をお願いします。

|                                                                |                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 現在、妊娠は順調ですか。                                                 | ①はい ②いいえ （理由 ）                                                                                                                                         |
| 2 今までにお産の経験はありますか。                                             | ①初産 ②経産（出産回数 回）                                                                                                                                        |
| 3 流産・早産等を経験したことがありますか。                                         | ①なし ②あり（流産 回・早産 回・死産 回・中絶 回）                                                                                                                           |
| 4 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。                                            | ①はい（助成 ： ㊦あり ①申請予定 ㊧なし ）<br>②いいえ                                                                                                                       |
| 5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。                                     | ①うれしかった ②予想外だったがうれしかった<br>③予想外だったので戸惑った ④困った ⑤なんとも思わない<br>⑥その他（内容： ）                                                                                   |
| 6 里帰りの予定はありますか。                                                | ①いいえ ②未定<br>③はい（ 実家（ 様方） ・ 実家以外 ）<br>⇒里帰り先の住所（ ）<br>里帰り先の連絡先（ ） -<br>里帰り期間（ から まで ）                                                                    |
| 7 出産までに引越の予定はありますか。                                            | ①はい（引越先： ） ②いいえ<br>⇒いつ頃引越されますか？（ ）                                                                                                                     |
| 8 困った時に助けてくれる人はいますか。                                           | ①いいえ<br>②はい（ 人）<br>⇒㊦夫・パートナー ①両親 ㊦姉妹・兄弟 ㊧友人 ㊦その他（ ）                                                                                                    |
| 9 現在、「困っていること」「悩んでいること」「不安なこと」などがありますか。                        | ①なし<br>②あり⇒㊦妊娠・出産について ①経済的なこと ㊦自分の身体のこと<br>㊧夫婦（パートナー）関係のこと ㊦家族関係のこと<br>㊦育児の仕方 ㊦その他（ ）                                                                  |
| 10 あなたは喫煙していますか。                                               | ①はい（ 本/日 ） ②妊娠してやめた ③いいえ                                                                                                                               |
| 11 夫（パートナー）や同居家族は喫煙しますか。                                       | ①はい ②妊娠が分かってからやめた ③いいえ                                                                                                                                 |
| 12 あなたはお酒を飲みますか。                                               | ①はい （ 回/週） ②妊娠してやめた ③いいえ                                                                                                                               |
| 13 今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか。                                 | ①なし<br>②あり⇒病名：心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・<br>こころの病気（うつ病など）・その他（ ）<br><br>それはいつ頃ですか：（ 年頃）・現在治療中 ・治癒<br>通院している（していた）医療機関名称（ ）<br>内服していますか？（㊦ している（薬名： ） ①していない） |
| 14 この1年間に、2週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」などの症状がありますか。 | ①はい⇒㊦「眠れない」 ①「イライラする」 ㊦「涙ぐみやすい」<br>㊧「何もやる気がしない」 ㊦その他（ ）<br>②いいえ                                                                                        |

◎この届出書の情報は、あなたの妊娠・出産・子育てへの支援の目的以外にお住まいの市町村や岐阜県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行ったり、岐阜県に情報を提供することもあります。その場合に個人が特定されることはありません。また、統計的な処理をした結果は公表します。

◎この届出書を提出されますと、保健師等からご連絡を差し上げる場合があります。

◎母子手帳交付には時間がかかる場合があるため、あらかじめ交付を受ける市町村へお問い合わせください。

署名  
または押印

印

妊娠・出産・子育てへの支援のため、妊娠届出書・アンケートの内容について、妊婦健診を受診する医療機関、分娩する医療機関、お住まいの市町村、その他必要な関係機関が情報共有することに同意します。