

妊娠届出書（母子健康手帳・妊婦健康診査助成券交付申請書）

母子保健法第15条および母子保健法施行規則第3条の規定により、下記のとおり届け出ます。

		届出日		令和	年	月	日
ふりがな 妊婦氏名	□既婚 □未婚（入籍予定 有・無）	妊婦個人番号					
		生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）				
住 所	美里町	携帯電話番号	妊婦 夫(パートナー)				
		妊婦の国籍 (外国籍の場合)	妊婦の職業				
夫(パートナー) 氏名	(歳)	夫(パートナー)の 職業					
世帯主（夫と異なる場合）							
分娩予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	週	多胎の有無	無・有（双胎・胎）		
妊娠回数	初回 ・ 回目（今回含む）		出産回数	初回 ・ 回目（今回含む）			
妊娠の診断を受けた医療機関等			医師又は 助産師氏名				
分娩を予定する医療機関等 (上記と異なる場合)			里帰り出産	有（ ） 無・未定			
今回の妊娠で性病に関する健康診断（血液検査）の有無				受けた・受けていない			
今回の妊娠で結核に関する健康診断（胸部レントゲン等）の有無				受けた・受けていない			
美里町長あて		(本人以外の届出の場合)					
届出者氏名		妊婦との関係（ ）					

妊娠おめでとうございます。美里町こども未来課では、安心して出産・子育てをしていけるよう、妊娠中からご相談をお受けしています。お気軽にご連絡ください。

ご記入いただいた内容は、美里町こども未来課で管理し、出産・子育て支援以外の目的では使用いたしません。

出産・子育て期に至るまで、切れ目のない支援を提供するため、必要に応じて関係機関等と情報を共有することについて同意します。

妊婦氏名

代筆者

裏面のアンケートもご記入ください。

また、妊婦本人以外の方が届出する場合は、下記を妊婦本人が記載してください。

委任状

代理人（届出者） 氏名 _____

住所 _____

委任者との続柄 _____

私は、上記の者を代理人とし、妊娠の届出及び母子健康手帳等の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者（妊婦本人） 氏名 _____

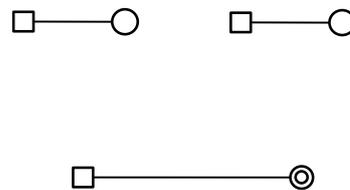
住所 美里町 _____

※町記入欄

母子健康手帳・妊婦健康診査助成券交付番号	No.	交付者:	担当者:
確認欄	住基確認	□	
	個人番号	□マイナンバーカード □個人番号通知カード □その他()	
	本人確認	顔写真付き身分証明書は1点 □マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □その他() 顔写真無し身分証明書は2点 □健康保険証 □年金手帳 □住民票の写し □資格証明書 □印鑑登録証明書 □その他()	
	代理権	□委任状 □同一世帯	
/	CC		

美里町では、安心して出産・子育てをしていけるように、妊娠中から支援を行っています。
 支援の参考にするため、下記のアンケートにご記入をお願いします。(複数回答可)
 ご記入いただいた内容は、個人情報として扱い、支援以外の目的では使用いたしません。

※町記入欄



1	妊娠してからの体調や気分はいかがですか	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 良くない <input type="checkbox"/> つわり <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> よく眠れない <input type="checkbox"/> イライラする <input type="checkbox"/> その他()
2	妊娠が分かったときの気持ちはいかがでしたか	<input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 何とも思わない <input type="checkbox"/> 驚いた <input type="checkbox"/> ホッとした <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> その他()
3	あなたの妊娠を夫(パートナー)や家族の方はどう感じていますか	<input type="checkbox"/> 喜んでいて <input type="checkbox"/> 驚いた <input type="checkbox"/> 困った <input type="checkbox"/> 戸惑った <input type="checkbox"/> どう感じたかわからない <input type="checkbox"/> その他()
4	妊娠するまでに何か大変なことはありましたか	<input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> なかなか妊娠できなかった(<input type="checkbox"/> 治療した) <input type="checkbox"/> 周りの理解がなかった <input type="checkbox"/> その他()
5	現在、あなたはタバコを吸いますか	本人 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 妊娠して減らした(本/日 → 本/日) <input type="checkbox"/> はい(本/日)
6	現在、あなたはお酒を飲みますか	本人 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> 妊娠して減らした <input type="checkbox"/> はい
7	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	本人 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 身体のこと <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> その他() こころのこと <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他() 妊娠出産のこと <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 中絶 <input type="checkbox"/> その他()
8	妊娠・出産・育児をするうえで相談できる方はいますか	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> いいえ
9	産後に、育児や家事を手伝ってくれる方はいますか	<input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> 実父母 <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> いいえ
10	現在、困っていることや心配なことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 妊娠・出産のこと <input type="checkbox"/> 育児について <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 健康面 <input type="checkbox"/> 仕事のこと <input type="checkbox"/> 経済的なこと <input type="checkbox"/> その他()
11	上のお子さんがあるかたにお聞きします。上のおさんの時、出産後の生活はいかがでしたか	<input type="checkbox"/> 毎日楽しかった <input type="checkbox"/> 負担はあるが楽しかった <input type="checkbox"/> 負担がありかなり疲れた <input type="checkbox"/> よくイライラした <input type="checkbox"/> 子どもをかわいいと思えず負担だった <input type="checkbox"/> 体調不良が続いた <input type="checkbox"/> 自分の時間がなく苦痛だった <input type="checkbox"/> その他()
12	あなたは子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか	本人 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない 夫(パートナー) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない
13	その他、何か気になることはありますか	