

妊娠届出書兼妊婦健康診査受診券交付申請書

|  |  |                         |  |     |
|--|--|-------------------------|--|-----|
| フリガナ   |  | 生 年 月 日                 |  | 職 業 |
| 妊婦氏名   |  | 昭和<br>平成 年 月 日<br>( ) 歳 |  |     |
| フリガナ   |  | 生 年 月 日                 |  | 職 業 |
| 父親となる人の氏名  |  | 昭和<br>平成 年 月 日<br>( ) 歳 |  |     |
| 居住地<br>(住民票所在地)  | 阪南市  |                         |  |     |
| 電話番号   | 自宅<br>携帯   |                         |  |     |
| 妊娠週数<br>(妊娠月数)   | 満 週<br>( ) カ月  | 出産予定日                   | 平成 年 月 日   |     |
| 妊娠の診断を受けた<br>医療機関名<br>(医師・助産師名)  |  |                         |  |     |
| 性病に関する健康診断の<br>有無  | <input type="checkbox"/> 受けた<br><input type="checkbox"/> 受けていない<br>(上記医療機関で性病に関する血液検査等実施の有無) | 結核に関する<br>健康診断の<br>有無   | <input type="checkbox"/> 受けた<br><input type="checkbox"/> 受けていない<br>(過去1年以内の胸部レントゲン実施の有無) |     |
| <p>上記のとおり、届出をします。</p> <p>交付に際して、本届出書の記載事項について、住民基本台帳にて確認することを承諾します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>阪南市長様</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: right;">続柄 ( )</p> |  |                         |  |     |

【阪南市処理欄】

|            |     |       |  |
|------------|-----|-------|--|
| 母子健康手帳交付番号 | No. | 交付受付者 |  |
|------------|-----|-------|--|



### 妊娠届出に際しての質問項目

阪南市では、妊娠・出産・子育て期にわたり、様々な相談や支援を行っています。今後の参考にさせていただくため、下記の質問へのご回答をお願いいたします。なお、お答えいただいた内容については健康の保持及び増進目的以外で利用することはありません。

お名前 \_\_\_\_\_

| 項目   | 当てはまる項目にチェックまたはご記入をお願いいたします。  |  |
|--|---|--|
| ① 婚姻について   | <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚（ <input type="checkbox"/> 入籍予定あり）   |  |
| ② 今までに出産の経験は   | <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> （    ）回目  |  |
| ③ 転居の予定について  | <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり（    年    月頃    ）  |  |
| ④ 里帰りの予定について   | <input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり（    年    月頃    ）  |  |
| ⑤ 流産・早産等の経験について  | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（流産    回・早産    回・死産    回・中絶    回）   |  |
| ⑥ 今回、予定した妊娠でしたか  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |  |
| ⑦ 今回の妊娠では不妊治療をしましたか  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ  |  |
| ⑧ 今回、妊娠されて今のお気持ちはいかがですか（複数回答可）                               | <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている<br><input type="checkbox"/> とまどっている <input type="checkbox"/> わからない   |  |
| ⑨ 夫（パートナー）の今のお気持ちはいかがですか（複数回答可）                              | <input type="checkbox"/> うれしい <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 困っている<br><input type="checkbox"/> とまどっている <input type="checkbox"/> わからない   |  |
| ⑩ 妊娠、出産、育児のことで相談したり、協力してくれる人はいますか                            | <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 夫（パートナー） <input type="checkbox"/> 実父母<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 義父母 <input type="checkbox"/> その他（    ）   |  |
| ⑪ 現在、困っていること、悩んでいること、不安なことはありますか                             | <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 妊娠・出産について <input type="checkbox"/> 身体面<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夫婦（パートナー）関係 <input type="checkbox"/> 父母との関係<br><input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> その他（    ）  |  |
| ⑫ 現在、あなたはタバコを吸いますか   | <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない   |  |
| ⑬ 現在、同居家族でタバコを吸う人はいますか                                       | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない  |  |
| ⑭ 現在、アルコールを飲みますか   | <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない   |  |
| ⑮ 現在治療中の病気や、これまでにかった病気はありますか                                 | <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気<br><input type="checkbox"/> こころの病気（うつ病など）<br><input type="checkbox"/> その他（    ）<br>⇒それはいつ頃ですか（    年前）・現在治療中 |  |
| ⑯ 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 | <input type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし  |  |

【阪南市処理欄】

|                               |     |       |  |
|-------------------------------|-----|-------|--|
| 母子健康手帳交付番号                    | No. | 交付受付者 |  |
| 地区担当 <input type="checkbox"/> |     |       |  |

