

# 妊娠届出書

西暦 年 月 日

四街道市長様

届出者氏名 (続柄)

個人番号 マイナンバー	年齢	西暦 年 月 日生 (満 歳)
ふりがな		
妊婦氏名	連絡先	妊婦携帯番号 家族携帯番号 (続柄)
住所	四街道市 マンション・アパート名	職業 会社員・公務員・自営・パート・主婦 国保・社保・共済・他 本人/扶養
上記住所にお住まいでない場合、 実際の住所をお書きください		

家族構成	続柄	氏名	生年月日(年齢)	同居の有無	職業	健康状態
	夫 (パートナー)		西暦 ( )	有 無	会社員・公務員・自営・その他 国保・社保・共済 他 本人/扶養	
			( )	有 無		
			( )	有 無		
			( )	有 無		
			( )	有 無		

既往歴・現病歴

過去に治療した病気があれば該当するものに○をつけてください  
心臓病・腎臓病・糖尿病・肝臓疾患・呼吸器疾患・喘息・高血圧・妊娠高血圧・その他 ( )  
うつ病・双極性障害・パニック障害・統合失調症・適応障害・自律神経失調症・摂食障害 ◎入院歴 あり・なし

現在治療している病気があれば○をつけ、治療状況を教えてください  
心臓病・腎臓病・糖尿病・肝臓疾患・呼吸器疾患・喘息・高血圧・妊娠高血圧・その他 ( )  
うつ病・双極性障害・パニック障害・統合失調症・適応障害・自律神経失調症・摂食障害  
通院医療機関名 \_\_\_\_\_ 通院頻度 \_\_\_\_\_ 月に \_\_\_\_\_ 回程度  
内服治療 あり・なし 主治医は妊娠を知っていますか? 知らせた・まだ知らせていない

妊娠の診断を受けた施設	妊婦健診通院施設	同左/同下/ ( )
出産予定施設	同上 /名称	所在地 県 市 / 未定
分娩予定日	西暦 年 月 日	妊娠週数 現在 週 単胎・多胎 ( 胎)
分娩経験	なし・あり ( 回)	早産経験 なし・あり (第 子・週 g)
不妊治療(今回の妊娠)	なし・あり (治療期間 年 月~ 年 月)	過去の治療歴 なし・あり
流産など	なし・あり (中絶 回・流産 回・死産 回)	
転居予定	なし・あり ( 市 月頃) 妊婦応援金の受け取り希望 <input type="checkbox"/> 四街道市 <input type="checkbox"/> 転居先	入籍 済 ( 年) 今後入籍予定 ( 月頃)・未定

母子健康手帳別冊 (No 506 )	<input type="checkbox"/> 受領	左記3点について確認しました 妊婦または代理人サイン (氏名) _____
妊婦応援金申請書受け取り	<input type="checkbox"/> 受領 <input type="checkbox"/> 未受領	
妊婦応援金申請書提出	<input type="checkbox"/> 提出 <input type="checkbox"/> 未提出	

【市確認欄】妊婦個人番号と本人確認  
個人番号カード(写真付) 免許証 住民票(番号付) 健康保険証 パスポート 通知カード  
在留カード 国籍: 在留資格: 在留期間:  
代理人申請確認チェック欄  
代理人の委任状 + 【代理人の写真付身分証明 or 健康保険証(本人確認)】

四街道市では、妊娠期からあなたの子育てを応援したいと思っています  
これから始まる赤ちゃんとの生活のスタートのために、以下の設問にお答えください。



- ① 今回妊娠したことをどう感じましたか？ あてはまるものすべてに○をつけてください  
うれしい ・ 驚いた ・ とまどった ・ 困った ・ 不安 ・ なんとも感じなかった ・ 産むかどうか迷う
- ② 今回妊娠したことをパートナーはどう感じているようですか？ あてはまるものすべてに○をつけてください  
うれしい ・ 驚いた ・ とまどった ・ 困った ・ 不安 ・ なんとも感じなかった ・ 産むかどうか迷う
- ③ いま、つわりはどの程度ですか？  
少しある ・ つらい ・ かなりつらい ・ 飲食できないくらい ・ ない
- ④ 妊娠するとホルモンの影響を受けて精神的に不安定になりやすいのですが、どう感じていますか？  
少し不安になる ・ 気分が沈む ・ イライラする ・ 涙もろい ・ 眠れない ・ あまり感じない
- ⑤ パートナーの気持ちや体の状況はいかがですか？  
よい・疲れている・悪い・不安定 ・ 気分が沈む ・ イライラする ・ 眠れない
- ⑥ いま、あなたはたばこを吸っていますか 吸わない 吸う 本くらい/日
- ⑦ パートナーや同居家族はたばこを吸っていますか 吸わない 吸う 誰が \_\_\_\_\_ 本くらい/日
- ⑧ いま、あなたはお酒を飲んでいますか 飲まない 飲む 何を \_\_\_\_\_ mlくらい/日
- ⑨ あなたや家庭に以下の問題がありますか（または過去にありましたか） ない ・ ある  
リストカット ・ 酒 ・ ギャンブル ・ 暴力 ・ 薬物 ・ 異性 ・ 買物依存 ・ ネット依存 ・ DV ・ 虐待
- ⑩ 妊娠期や出産に備えてのお金の準備に不安がありますか？ ない ・ ある
- ⑪ 出産後～1か月間くらいをどう過ごされる予定でいますか？  
里帰り ・ 来てもらう（誰に \_\_\_\_\_） ・ 同居の親に頼る ・ 自分たちで乗りきる ・ 有料のサービス  
実家はどちらですか？ 妊婦（ \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市） パートナー（ \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 市）
- ⑫ 近くに子育てに協力してもらえそうな人はいますか？  
いる ・ あまり頼れないがいる ・ いない ・ わからない  
いる場合それは誰ですか？ 夫・友人・実家・夫の実家・近所の人・民間サービス・他
- ⑬ 上にお子さんがいる場合、上のお子さんのことで困っていることはありますか ない ・ ある  
ある場合どんなことですか（ \_\_\_\_\_ ）
- ⑭ 四街道市に住んでどのくらいになりますか？  
（ \_\_\_\_\_ ）年 （ \_\_\_\_\_ ）ヶ月
- ⑮ 市内の子どもと一緒に遊べるところなどを知っていますか？ 知らない ・ 知っている
- ⑯ あなた自身は子どもの頃、愛情を受けて育ったという実感はありますか？  
ある ・ なんとなくある ・ あまりない ・ ない

【市記入欄】

	□      ○

来所者： 本人 ・ 夫/パートナー ・ 子ども ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

支援 プ ラ ン	情報提供	パパママ・産後ケア事業・さやえんどう・双胎妊婦健診助成・県外契約手続き・転出時の別冊交換 子育て支援センター・児童センター・保育所・ファミサポ・にこにこ・その他（ _____ ）		
	後日連絡	パパママお誘い 出産病院確認 委任状面談（面談日： _____ 申請書発行：□有□無）（他 _____ ）		
	保健師	地区保健師（ _____ ） 顔合わせ・紹介のみ		
	連携	子育て支援課・ファミサポ・にこにこ・みらい・里帰り先（ _____ ）その他（ _____ ）		
継続	なし	あり（ _____ ）	面接者	サイン