

**秘 妊娠届出書 兼 妊娠連絡票**

□入力

**太枠内をご記入ください**

母子健康手帳番号 第

号

交付者:

妊婦個人番号		届出日	令和	年	月	日
ふりがな		生年月日				職業
妊婦氏名		年	月	日(歳)		有( )・無
住所		電話				
ふりがな		生年月日				職業
子どもの父親氏名		年	月	日(歳)		有( )・無
出産予定日	年	月	日	現在の妊娠週数	( )週	
妊娠の診断を受けた医療機関		出産予定の医療機関				
お腹の赤ちゃんの人数	ひとり ・ ふたご ・ みつご以上 ( 人 ) ・ わからない					
性病に関する健康診断を受けられましたか	受けた (異常なし・異常あり: ) ・ まだ受けていない ・ 結果待ち					
結核にかかったことがありますか	なし ・ あり (罹患した時期 年 月 頃)					
伊丹市長 殿 上記のとおり妊娠を届け出ます。 届出者氏名 (続柄 )						

差支えない範囲で以下の項目にお答えください。以下の質問は、皆様が安心して出産を迎え育児できるよう、妊娠期から産後の生活について一緒に考えさせていただいたためのものです。ご記入いただいた内容については、伊丹市個人情報保護条例に基づき、厳正に保護・管理し適切に取り扱います。  
妊婦さんと赤ちゃんの健康管理等のために、この届出書の情報を基に市の保健師や助産師が、妊娠中に連絡・訪問させていただく場合がございます。ご了承ください。

今回の妊娠は	( )回目 上の子の年齢:第1子( )歳、第2子( )歳、第3子( )歳、第4子( )歳
今までの妊娠で、右記に該当することがありましたか	流産(妊娠22週未満)( )回 早産(妊娠22週~37週未満)( )回 死産(妊娠22週以降)( )回 中絶( )回 妊娠高血圧症候群( )回 帝王切開( )回 低体重児(2500g未満)の出産( )回
現在の暮らしの経済状況をどう感じていますか	ゆとりがある ・ ふつう ・ やや苦しい ・ 大変苦しい
喫煙習慣(加熱式たばこ含む)	妊婦 もともと吸わない ・ やめた ・ 吸っている(1日 本)
	同居者 もともと吸わない ・ やめた ・ 吸っている(屋外で ・ 別室で ・ 同室で)
飲酒習慣	妊婦 もともと飲まない ・ 妊娠してからやめた ・ 時々飲む ・ ほとんど毎日飲む











**体調についてお尋ねします**

現在の体調は	とても良い ・ まあまあ良い ・ あまり良くない ・ とても悪い ( 症状:眠れない ・ 食欲がない ・ その他 )
妊娠してから、気分の変化・不調を感じるがありますか	なし あり ( 気分が沈む ・ 涙が出やすい ・ イライラしやすい ・ 怒りっぽい ) その他
今までかかった大きな病気	なし ・ あり ( 疾患名 /治療内容 )
現在治療中の病気	なし ・ あり ( 疾患名 /治療内容 )
今までに、こころの不調で受診されたことがありますか	ない ある ( 疾患名: 治療内容: 時期: )

裏面へ

# (秘) 妊娠届出書 兼 妊娠連絡票

今回の妊娠についてお尋ねします

今回の妊娠は	自然妊娠 ・ 不妊治療にて妊娠(治療期間は約 年 か月)				
今回の妊娠は、事前にパートナーと話し合っていましたか	はい ・ いいえ				
妊娠についてパートナーの反応は	とても喜んでいる ・ 以前と変わらない ・ 困っている ・ 妊娠を知らない ・ その他( )				
パートナーと過ごす時間は	たくさんある ・ まあまあある ・ あまりない ・ まったくない				
今回の妊娠に対する気持ちは	とてもうれしい 	少しうれしい 	ふつう 	あまりうれしくない 	まったくうれしくない 
赤ちゃんとの生活を考えると	とてもうれしい 	少しうれしい 	ふつう 	あまりうれしくない 	まったくうれしくない 

困った時に相談する人についてお尋ねします

身近に相談や協力をしてくれる人がいますか	いる ⇒ パートナー ・ 実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ きょうだい その他( ) いない
----------------------	---

次の項目にあてはまることがありますか

1. 病気や介護が必要な家族がいる	2. 望んだ妊娠ではなかった	3. 自分の体調が心配
4. その他 相談したいことなど (例) 妊娠、出産、育児、家族のこと等		

母子健康手帳再交付の方のみお答えください	交付理由：紛失 ・ 破損 ・ その他( ) 子どもの氏名( ) 生年月日( 年 月 日)
----------------------	---

## 《スタッフ記入欄》

申請者  本人  代理人

番号記載あり(下記もチェック)

書類不足

必要時、住民票情報等から取得することがあると、ご説明ください。

●個人番号確認書類  個人番号カード  通知カード  番号付き住民票

●妊婦の本人確認書類 <1>のものは1点 または <2>のものは2点

<1>公的機関発行の顔写真付きのもの(いずれか1つ)  個人番号カード  運転免許証  パスポート  その他

<2>顔写真がついていないもの(いずれか2つ)  健康保険証  国民年金手帳  住民票  その他

●代理人の場合

・ 委任状等 代理権確認書類 → 有 ・ 無

・ 代理人の身元確認書類 <1>のものは1点 または <2>のものは2点

<1>公的機関発行の顔写真付きのもの(いずれか1つ)  個人番号カード  運転免許証  パスポート  その他

<2>顔写真がついていないもの(いずれか2つ)  健康保険証  国民年金手帳  住民票  その他

## 委任状

行政手続きにおける特定の個人を認識するための利用に関する法律に規定される個人情報の提供を伴う妊娠の届出および母子健康手帳等の受領について下記のものに委任します。

令和 年 月 日

委任者(妊婦)氏名

受任者(代理人)氏名

年 月 日生

住所

妊婦との続柄