



妊 娠 届 出 書

【母子手帳番号



三木町長 殿

届出年月日 年 月 日

(ふりがな)		生年月日	年齢	職業	
妊婦氏名	①既婚 ②未婚(入籍予定あり・なし)	年 月 日			<input type="checkbox"/>
個人番号				正規・派遣・パート・自営	
(ふりがな)	健康状態	生年月日	年齢	職業	
夫氏名 (パートナー)	良・不良	年 月 日		正規・派遣・パート・自営	<input type="checkbox"/>
妊婦の住所	三木町大字 出産までに転居・転出予定あり・なし	連絡先 (※必ず2か所ご記入下さい)	【ご本人】連絡の取りやすい時間帯(時) () - () 【その他()】 () - ()		<input type="checkbox"/>
同居家族	夫(パートナー)・子ども(人) 実父・実母・義父・義母・ その他()	実家	妊婦の実家: _____ 父母運転 可/否 夫(パートナー): _____ 父母運転 可/否		<input type="checkbox"/>
		妊娠回数	今回を含め () 回 うち出産回数 () 回		<input type="checkbox"/>
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	初診年月日	令和 年 月 日	届出時週数	満 週 (か月)	<input type="checkbox"/>
	分娩予定日	令和 年 月 日	血液検査	①受けた ②受けていない	<input type="checkbox"/>
	特記事項	①単胎 ②多胎 (胎)	肺のレントゲン撮影 (1年以内に)	①受けた ②受けていない	<input type="checkbox"/>
	医療機関名 または 助産所名	県外での分娩予定 なし・あり		健康保険の種別 ①社保 ②国保 ③いずれでもない	<input type="checkbox"/>

<妊婦のための支援給付金について>

妊娠届出時に妊婦のための支援給付金5万円給付を実施しています。

転入前の自治体で妊婦のための支援給付を受けた(受ける予定)

受けていない

裏面もご記入ください。

◎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、三木町の母子保健施策の推進のため統計的な処理を行うことがあります。その場合に個人が特定されることは決してありません。

◎三木町では、妊娠中の生活や出産の準備、赤ちゃんの体重測定、授乳、育児等の相談に応じています。また、あなたと生まれてくる赤ちゃんの支援のために、保健師・助産師等から様子をうかがうことがあります。何かありましたら、お気軽にご相談ください。

面接

妊婦本人 同席者()
 本人以外

面接者

氏名

県外受診書類説明・書類交付
 済

このとりサポート事業説明・書類交付
 済

三木町 子ども課 子ども家庭センター



妊娠おめでとうございます。

今日をきっかけに、あなたの妊娠・出産・子育てをサポートしたいと思います。

現在のご様子やお気持ちを差支えない範囲でお聞かせください。プライバシーは保護します。

1 現在、妊娠は順調ですか。	①順調 ②いいえ (ひどいつわり・切迫流早産・妊娠高血圧症候群・その他())	<input type="checkbox"/>
2 流産、早産など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)	<input type="checkbox"/>
3 これまでの妊娠で、異常がありましたか。	①なし ②あり (ひどいつわり・切迫流早産・妊娠高血圧症候群・その他())	<input type="checkbox"/>
4 これまでの産後の経過等は順調でしたか。	①順調 ②体調不良 ③産後うつ ④その他()	<input type="checkbox"/>
5 今回の妊娠は不妊治療をしましたか。	①はい ②いいえ	<input type="checkbox"/>
6 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。(複数回答可)	①うれしかった ②予想外だったがうれしかった 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 ⑥その他(内容:)	<input type="checkbox"/>
7 里帰りの予定はありますか。	①はい(県内・県外(県 市・町)) ②いいえ ③検討中	<input type="checkbox"/>
8 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 ②あり⇒⑦妊娠・出産について ⑧自分の身体のこと ⑨夫婦(パートナー)関係のこと ⑩家族関係のこと ⑪育児の仕方 ⑫その他()	<input type="checkbox"/>
9 経済的な不安がありますか。	①はい ②いいえ ③生活保護を受けている	<input type="checkbox"/>
10 困った時に助けてくれる人はいますか。	①はい(夫・実母・実父・義母・義父・友人・その他()) ②いいえ	<input type="checkbox"/>
11 パートナーは、家事や育児を行ってくれそうですか。または現在行ってくれていますか。	①はい ②いいえ ③どちらでもない ()	<input type="checkbox"/>
12 パートナーは、あなたの話を聞いてくれるなど、優しく見守ってくれますか。	①はい ②いいえ ③どちらでもない ()	<input type="checkbox"/>
13 現在、あなたはタバコを吸いますか。	①はい(本/日) ②妊娠してやめた ③いいえ	<input type="checkbox"/>
14 現在、夫(パートナー)や同居家族は、同室でタバコを吸いますか。	①はい ②いいえ	<input type="checkbox"/>
15 現在、アルコールを飲みますか。	①はい(回/週・1回 本くらい) ②いいえ	<input type="checkbox"/>
16 現在、夫(パートナー)や同居家族は、アルコールを飲みますか。	①はい ②いいえ	<input type="checkbox"/>
17 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 ②あり⇒病名:心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎 甲状腺疾患・こころの病気(うつ病など) その他() それはいつ頃ですか:(年頃)・現在治療中	<input type="checkbox"/>
18 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 ②いいえ	<input type="checkbox"/>

届出をするにあたり、

- 住民基本台帳を閲覧することを承諾します。
- あなたと生まれてくる赤ちゃんの支援のために、保健師・助産師等から支援プランの説明を受け、その内容について承諾します。
- あなたと生まれてくる赤ちゃんの支援のために、関係機関と情報共有をすることに承諾します。
(代理人の場合は、本人の了解を得ています)

届出人 氏名

(妊婦との続柄)

住所(ご本人でない場合のみ)

ご協力ありがとうございました。