

妊 娠 届 出 書

届出年月日 年 月 日

中城村長殿

母子保健法第15条の規定に基づき次のとおり届け出ます。

届出者氏名： _____（続柄： _____）

※代理人の場合

住 所：

連絡先：

		マイナンバー																		
		親子健康手帳番号																		
		4	7	3	2	8	-	2	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
(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（時期 _____）・なし・未定 ③再婚										西暦 年 月 日		職業名： ①常勤（正規・契約・派遣） ②パート・アルバイト・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生（ _____ ） ⑤主婦 ⑥無職 ⑦その他（ _____ ）							
(ふりがな)											生年月日	年齢	職業							
夫氏名 (パートナー)	①既婚 ②未婚：入籍予定 あり（時期 _____）・なし・未定 ③再婚										西暦 年 月 日		職業名： ①常勤（正規・契約・派遣） ②パート・アルバイト・日雇い ③自営業・農業・漁業 ④学生（ _____ ） ⑤無職 ⑥その他（ _____ ）							
居住地	(〒 _____) 中城村字 _____										電話 (_____)	携帯電話 (_____)								
転居・転出の予定	①いいえ ②あり（県内：市町村名 _____ ・ 県外 ・ 国外 _____） ③検討中																			
医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたとき	この妊娠の初診年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					妊娠週数	満 _____ 週（ _____ か月）												
	分娩予定日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日					今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない												
	特記事項	①単胎 ②多胎（ _____ 胎）					今回の妊娠で結核に関する健康診断の有無	①受けた ②受けていない												
	医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師氏名	今回の妊娠で不妊治療（ _____ あり ・ なし _____）										健康保険等の種別	①社保 ②国保 ③生活保護 ④その他（ _____ ）							
出産予定の医療機関等の所在地・名称・医師又は助産師名																				
・この届出書から妊婦さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を支援するため、市町村と医療機関等で情報共有を図り、保健師や医療機関等から連絡・訪問をさせていただく場合があります。ご了承ください。 ・プライバシーの保護には十分留意します。 ・お住まいの市町村や沖縄県の母子保健施策の推進のために、統計的な処理を行うことや沖縄県に情報を提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表する事があります。																				

1. 申請者確認: 本人 → 運転免許証 その他(_____)
 代理人 → 運転免許証 その他 委任状 or 本人の保険証・個人番号カード・通知カード
2. 個人番号の確認: 個人番号カード 通知カード 住基から その他(_____)

妊娠届出時間診票

親子健康手帳番号 (母子健康手帳)	4	7	3	2	8	-	2	0		-				
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	--	--	--	--

* あなたの妊娠・出産・子育てを妊娠中から応援します。ついては、下記のことについて教えてください。

1 現在の体調はいかがですか。	①よい ②よくない: つわり・お腹の張り・むくみ・睡眠不足 ・疲労感・腰痛・乳房の張りや痛み・その他()
2 これまでにお産の経験はありますか。	①初産 ②経産(出産回数 回)
3 流産・早産等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 ・1年未満の乳児死亡 回)
4 これまでの妊娠・出産について教えてください。 (複数回答)	①特に問題なし ②つわりがひどい ③多胎(双子など) ④貧血 ⑤妊娠糖尿病 ⑥妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症) ⑦赤ちゃんの体重2500g未満 ⑧赤ちゃんの体重が4000g以上 ⑨マタニティーブルー、気分の落ち込み、イライラ ⑩その他()
5 今回の妊娠が分かった時はどんなお気持ちでしたか。	①うれしかった ②予想が良かったがうれしかった ③予想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()
6 里帰りの予定はありますか。	①いいえ ②はい(里帰り先:) (期間:)
7 あなたの家族構成(同居者)について教えてください。	同居家族()人 内訳(本人・夫(パートナー)・子ども()人 その他()人) ※子どもの年齢(、 、 、)
8 困った時に助けてくれる人はいますか。	①いる →夫(パートナー)・実父母・きょうだい 義父母・友人・その他() ①いない
9 現在、「困っていること」「悩んでいること」 「不安なこと」などはありますか。 (複数回答)	①なし ②あり→ ア 妊娠・出産について : イ 経済的なこと : ウ 就労(お仕事)について : エ 自分の身体のこと : オ 夫婦(パートナー)関係のこと : カ 家族関係のこと : キ 育児の仕方 : ク その他 :
10 経済状況について教えてください。	①現在の暮らしを総合的にみて、どう感じていますか。 ア 大変ゆとりがある イ ややゆとりがある ウ ふつう エ やや苦しい オ 大変苦しい ②世帯収入(年収)について ア 126万円未満(月収10円未満) イ 126~240万円未満(月収約10~20万円未満) ウ 240万円以上(月収20万円以上) エ わからない

※裏面にも問診票の続きがありますので、よろしく願います。

<p>11 あなた(妊婦)現在、タバコを吸っていますか。 (○は1つ)。</p>	<p>①吸ったことがない ②妊娠前に禁煙した ③妊娠がわかってから禁煙した ④喫煙している(1日の本数 本) →②③④と回答した方へ、何歳から吸いましたか?()歳</p>
<p>12 (現在喫煙中の方へ)あなたは禁煙することにどれくらいの関心がありますか。 (○は1つ)。</p>	<p>①関心がない ②関心があるが今後3か月以内に禁煙しようとは考えていない ③関心があるがこの1か月以内に禁煙する考えはない ※過去に禁煙したことがある ア はい イ いいえ</p>
<p>13 同居人又はパートナーは現在、タバコを吸っていますか。</p>	<p>①吸っていない ②吸っている →同居者又はパートナーに禁煙して欲しいと思っていますか> ①はい ②いいえ どちらでもない</p>
<p>14 あなた(妊婦)は現在、お酒を飲みますか。</p>	<p>①飲んだことがない(ほとんど飲まない) ②妊娠前にやめた お酒を飲んでいる(回/週) → お酒を飲んでいる方へ、 1回の飲酒で何をどのくらい飲みますか? → ()</p>
<p>15 これまでにかかった病気や現在治療中の病気はありますか。(複数回答)</p>	<p>①なし ②あり→心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・うつ病・躁うつ病・統合失調症・不安障害・パニック障害・発達障害・その他() ※それはいつ頃ですか:(歳頃)・現在治療中 ※手帳の有無(身体・精神・療育)</p>
<p>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。</p>	<p>①はい ②いいえ</p>
<p>17 妊娠前の身長 体重 BMIを教えてください。 ※BMI=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)</p>	<p>身長()cm 妊娠前の体重()kg BMI()</p>
<p>18 これまでにダイエットのため、食事制限をして、BMIが5未満になったことがありますか。 例:身長150cm、体重42kgの場合、BMIは18.7</p>	<p>ダイエットの経験 あり・なし ありの場合:食事制限によるBMI 18.5未満の確認 ①はい その当時の体重()kg BMI() ②いいえ</p>
<p>19 最近1年間、朝食の摂取時に、どの程度主食・主菜・副菜をそろえて食べていましたか。</p>	<p>①毎日 ②週に4~6回 ③週に2~3回 ④週1回以下か無し</p>

・この届出書から妊娠さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を支援するため、市町村と医療機関等で情報共有を図り、保健師
や医療機関等から連絡・訪問をさせていただく場合があります。ご了承ください。

・プライバシーの保護には十分留意します。

・お住いの市町村や沖縄県の母子保健施策の推進のために統計的な処理を行うことや沖縄県に情報提供することがありますが、その場合に個人が特定されることは決してありません。また、統計的な処理の結果は公表することがあります。

面接者 () 地区担当保健師 ()