

妊 娠 届 出 書

(届出先)
草 津 市 長

第15条第1項

届 出

母子保健法

の規定に基づき下記のとおり

をいたします。

施行規則第7条第6項

申 出

(妊婦)個人番号		届出日	令和 年 月 日		
(ふりがな)妊婦氏名		生年月日	昭和・平成 (年 月 日)	職業 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし()	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 (入籍予定: あり・なし・未定)
(ふりがな)夫氏名 (パートナー)		生年月日	昭和・平成 (年 月 日)	職業 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし()	
住所	草津市	妊婦電話番号	携帯: 自宅:		
		妊婦以外の電話番号	誰の():		
妊娠週数	(週) (令和 年 月 日 受診時)				単胎 ・ 多胎
出産予定年月日	令和 年 月 日	妊娠回数 (今回除く)	回	現在の お子さん	人
医師または助産師の診断	受けた ・ 受けていない ↳ 医療機関名:				
妊娠中の転居予定	あり(市外 ・ 市内) ・ 未定 ・ なし				
県外の医療機関受診予定 (妊婦健康診査県外受診申出書)	あり()都道府県 ・ 未定 ・ なし				
(今回の妊娠における)性病に関する健康診断(血液検査等)	受けた ・ 受けていない				
(今回の妊娠における)結核に関する健康診断(胸部X線検査)	受けた ・ 受けていない				

⇒裏面のアンケートに御記入ください。






転入	転入当日の週数 週 (転入日: 令和 年 月 日)
	→早見表より基本受診券と検査受診券を交付(下記欄に記入のこと)

発行欄	母子健康手帳 冊	別冊 冊	
	<input type="checkbox"/> 多胎児	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査基本受診券 枚	<input type="checkbox"/> 多胎児妊婦健康診査基本受診券 枚
	<input type="checkbox"/> 外国語版	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査検査受診券 枚 ※	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 枚
	※の内訳		
	<input type="checkbox"/> 超音波① <input type="checkbox"/> 超音波② <input type="checkbox"/> 超音波③ <input type="checkbox"/> 超音波④ <input type="checkbox"/> 血液初期 <input type="checkbox"/> 血液中期 <input type="checkbox"/> 血液後期 <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> GBS <input type="checkbox"/> クラミジア		
	上記の通り受け取りました。 氏名		
	(本人以外の場合は続柄を記入)		

<妊婦本人が来所>		<代理人が来所>	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード		妊婦	<input type="checkbox"/> 委任状 (<input type="checkbox"/> 口頭確認)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 顔写真付証明書		<input type="checkbox"/> 職権
<input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書	(免許証、パスポート、在留カード)	代理人	<input type="checkbox"/> 個人番号
<input type="checkbox"/> 職権	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 顔写真付証明書(免許証、パスポート、在留カード)
<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> その他()
同伴者	なし ・ 夫 ・ パートナー ・ 実母 ・ 実父 ・ 義母 ・ 義父 ・ 子ども() ・ その他()		

発行区分	市内 ・ 転入 ・ 産後発行 ・ 市外	受付者	
健康かるて 入力	済 ・ 未 請求書交付 (県外受診者用)	済 ・ 未	担当 記入欄 該当 / 学区・地区

草津市では、安心して妊娠・出産・育児が行えるよう、保健師や助産師が母子（親子）健康手帳をお渡しし、妊娠期から子育て期に渡り、切れ目ない支援を実施しています。
 子育て相談センターの窓口で、以下のアンケートを基に体調面や生活面など様々なご相談をお伺いしています。
 （可能な範囲でご記入ください）

妊娠した気持ちを表す顔は下記のどれですか。	
□1 	□2 
□3 	□4 
□5 	
今回の妊娠をパートナーは喜んでくれましたか。 □はい □わからない □いいえ	
今回の妊娠は不妊治療を受けましたか。 □いいえ □はい	
不育症の治療を受けたことはありますか。 □いいえ □はい	
今までと現在の病気・内服している薬について （例：高血圧、慢性腎炎、糖尿病、肝炎、心臓病、 甲状腺の病気、自己免疫疾患、こころの病気など）	以前の妊娠について □経過良好 □妊娠高血圧 □貧血 □切迫流産・早産 □妊娠糖尿病 □その他（ ）
●【過去】 □なし □あり（ ） →薬名（ ）	今回の妊娠について □経過良好 □つわりがある □出血がある □その他（ ）
●【現在】 □なし □あり（ ） →薬名（ ）	この1年間に2週間以上続く気になる症状はありますか。 □いいえ □はい（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）
現在お持ちの手帳はありますか。 □なし □あり→療育手帳・身体障害者手帳・精神保健福祉手帳	妊娠前の体重と身長について 体重：（ ）kg BMI（ ） 身長：（ ）cm <small>=体重kg÷身長m÷身長m</small>
お酒を飲みますか。 □いいえ □やめた →やめた時期：□今回の妊娠 ・ □以前の妊娠 ・ □その他（ ） □はい →週に（ ）回・（ ）合/回	
たばこは吸いますか。 □いいえ □やめた（やめる前は、1日 本 ・ 時々） □はい （→やめた時期：□今回の妊娠 □以前の妊娠 □その他） （→妊娠前（1日 本 ・ 時々） →やめた理由：□妊娠 □その他（ ）） （→現在（1日 本 ・ 時々））	
同居している人でたばこを吸う人はいますか。 ・妊娠前 □なし □あり（□パートナー ・ □その他） ・現在 □なし □あり（□パートナー ・ □その他）	
困った時に、相談したり助けてくれる人はいますか。（「いる」の方は○で囲んでください） □いる→（夫（パートナー）・実母・実父・兄弟姉妹・義母・義父） □いない（その他：）	
産後の協力者はいますか。（○で囲んでください） □いる→（夫（パートナー）・実母・実父・兄弟姉妹・義母・義父） □いない（その他：）	里帰り予定： □あり □なし □未定 ↳（□産前 □産後）から 里帰り先：（ ）都道府県（ ）市・町
夫（パートナー）について { 家事・育児に（□とても協力的 ・ □協力的 ・ □あまり協力的でない） □別居（□単身赴任 □入籍後同居予定 □その他） □夫（パートナー）との関係に悩んでいる	
妊娠や出産などに関して心配やお困り事はありますか。 □あり→（体調について・産後の育児について・家族やパートナーからの暴力・経済的な不安・たばこや飲酒について） □なし（その他）	

※1 市長が、今後、より良いサービスの提供の為に関係支援機関（医療機関等）に、私の情報を提供することに同意します。
 □（同意の場合はチェック☑）
 ※2 （医療機関名： ）が、今後の妊娠・出産・育児の支援のために、
 この情報について取得することに同意します。 □（同意の場合はチェック☑）
 ※3 こちらにご記入いただいた内容について、保健師・助産師や、家庭児童相談室等から連絡させていただくことがあります。
 ※4 個人情報の取扱いにつきましては、草津市個人情報保護条例等の規定に基づき、適切に個人情報を保護します。