

# 妊 娠 届 出 書

(届出先)

草津市長

第15条第1項

の規定に基づき下記のとおり

届出

をいたします。

母子保健法

施行規則第7条第6項

申出

(妊婦)個人番号		届出日	平成 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
(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	電話番号	—	—
	携帯電話番号	—	—
妊娠週数	( 週 ) ( 年 月 日 受診時 )	単胎 ・ 多胎	
出産予定年月日	平成 年 月 日	妊娠回数 (今回除く)	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:平成 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"/> 外国語版 <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査検査受診券 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> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 職権	<代理人> <input type="checkbox"/> 委任状 ( <input type="checkbox"/> 口頭確認 ) <input type="checkbox"/> 妊婦の個人番号 <input type="checkbox"/> 職権
<input type="checkbox"/> 顔写真付証明書(免許証、パスポート、他 ) <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 顔写真付証明書(免許証、パスポート、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

妊娠おめでとございます♪♪

草津市では、安心して妊娠・出産・育児が行えるよう、以下の点についてお尋ねしています。

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

不妊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)

【過去】

□なし □あり ( )

【現在】

□なし □あり ( )

【内服薬】 □なし □あり (薬名： )

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 ( )

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 ( )

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 =体重kg÷身長m÷身長m

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)

(→やめた理由：□妊娠 □その他 ( ))

(→妊娠前 (1日 本 ・ 時々))

(→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。 □ (※1に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、保健師や子ども家庭課等から連絡を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。