

# 妊娠届出書

母子健康手帳交付番号

|                            |       |                         |                |             |              |
|----------------------------|-------|-------------------------|----------------|-------------|--------------|
| フリガナ<br>妊婦氏名               |       | 妊婦<br>生年月日              | 年 月 日<br>( 歳 ) | 妊婦<br>職業    | 無<br>有 ( )   |
| フリガナ<br>夫氏名<br>(児の父)       |       | 夫<br>生年月日               | 年 月 日<br>( 歳 ) | 夫<br>職業     | 無<br>有 ( )   |
| 住 所                        | 白河市   |                         |                | 電話番号        |              |
| 出産予定日                      | 年 月 日 | 妊娠<br>週(月)数             | ( 週<br>ヶ月)     | 過去の<br>出産回数 | 無<br>有 ( 回 ) |
| 診断を受けた医師名又は<br>助産師名（医療機関名） |       | 氏 名<br>医療機関名            |                |             |              |
| 性病に関する健康診断                 |       | 受 け た ・ 受けていない          |                |             |              |
| 結核に関する健康診断                 |       | 受 け た ・ 受けていない          |                |             |              |
| 保険の種類                      |       | 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他 ( ) |                |             |              |
| 上記のとおり届け出ます。 年 月 日         |       |                         |                |             |              |
| 白河市長<br>届出者氏名              |       | 妊婦との続柄（本人 ・ ）           |                |             |              |

☒チェックを入れてください

☐妊婦給付認定の資格を有するため妊婦給付認定の申請をします

☐切れ目のない支援のため、関係機関と計画内容を共有することについて同意します

年 月 日 本人署名

※裏面の質問票の記入をお願いします

以下は交付者が記入します

※父子手帳（イクメンビギナー必携ノート）の交付希望（第2子以降の方） あり なし

※外国語母子手帳の交付 あり ( 語 ) (交付者 )

|                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>マイナンバー確認<br/>(正しい番号であることの確認)</p> <p><input type="checkbox"/>個人番号カード<br/>※本人確認不要</p> <p><input type="checkbox"/>通知カード<br/><input type="checkbox"/>住民票の写し(番号記載)</p> | <p>本人確認<br/>(番号の正しい持ち主であることの確認)</p> <p>▼1つで可</p> <p><input type="checkbox"/>運転免許証 <input type="checkbox"/>身体障害者手帳<br/><input type="checkbox"/>パスポート <input type="checkbox"/>その他 ( )<br/><input type="checkbox"/>在留カード</p> <p>▼いずれか2つで可</p> <p><input type="checkbox"/>健康保険証 <input type="checkbox"/>資格確認書<br/><input type="checkbox"/>年金手帳 <input type="checkbox"/>学生証<br/><input type="checkbox"/>診察券 <input type="checkbox"/>金融機関カード<br/><input type="checkbox"/>通帳 <input type="checkbox"/>クレジットカード<br/><input type="checkbox"/>その他 ( )</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 妊娠・出産・育児サポート質問票

妊娠おめでとうございます。

白河市では、妊娠中から皆様の子育てを応援しています。この質問票は、お母さんと赤ちゃんの健康を守るため、妊娠・出産・子育てを切れ目なくサポートしていくためのものです。ご記入よろしくお願いします。

|      | 続柄                                      | 氏名 | 生年月日 | 年齢                                                                                                                                                                                                                                                        | 職業 | 健康状態    | 連絡先 |
|------|-----------------------------------------|----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|-----|
| 家族構成 | 妊婦本人                                    |    | . .  |                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 良好・否( ) | - - |
|      | 夫<br>(パートナー)                            |    | . .  |                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 良好・否( ) | - - |
|      |                                         |    | . .  |                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 良好・否( ) | - - |
|      |                                         |    | . .  |                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 良好・否( ) | - - |
|      |                                         |    | . .  |                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 良好・否( ) | - - |
|      |                                         |    | . .  |                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 良好・否( ) | - - |
|      |                                         |    | . .  |                                                                                                                                                                                                                                                           |    | 良好・否( ) | - - |
| 1    | 妊娠を知った時の気持ちはいかがでしたか                     |    |      | <input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で驚いたが、うれしかった<br><input type="checkbox"/> 予想外で驚き、戸惑った <input type="checkbox"/> 困った<br><input type="checkbox"/> とくに何とも思わなかった                                                                    |    |         |     |
| 2    | 現在の体調はいかがですか                            |    |      | <input type="checkbox"/> よい<br><input type="checkbox"/> よくない<br>(症状 _____)                                                                                                                                                                                |    |         |     |
| 3    | 現在、治療中または、かかったことのある病気はありますか             |    |      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 内科的疾患 <input type="checkbox"/> 運動器疾患<br><input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 心の病気<br><input type="checkbox"/> その他( _____ )                                                        |    |         |     |
| 4    | 妊娠・出産・育児の相談相手はいますか                      |    |      | <input type="checkbox"/> いる（夫・父母・義父母・兄弟姉妹・友人<br>・民間の子育て支援者・保育園・幼稚園<br>・行政サービス・その他_____）<br><br><input type="checkbox"/> いない                                                                                                                               |    |         |     |
| 5    | 妊娠・出産・育児で困った時、協力してくれる人はいますか             |    |      | <input type="checkbox"/> いる（夫・父母・義父母・兄弟姉妹・友人）<br><br><input type="checkbox"/> いない                                                                                                                                                                         |    |         |     |
| 6    | 里帰りの予定はありますか                            |    |      | <input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> ある（産前から・産後）<br>（どこへ _____ 連絡先 _____）                                                                                                                                                              |    |         |     |
| 7    | 現在、たばこを吸いますか                            |    |      | <b>◆ご自身</b><br><input type="checkbox"/> 吸う（本/日） <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた <input type="checkbox"/> もともと吸わない<br><br><b>◆家族（夫・夫以外_____）</b><br><input type="checkbox"/> 吸う（本/日） <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた <input type="checkbox"/> もともと吸わない |    |         |     |
| 8    | 現在、お酒を飲む習慣はありますか                        |    |      | <input type="checkbox"/> はい（合/日） <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                             |    |         |     |
| 9    | 現在、困っていることや心配なこと、相談したいことがありましたら記入してください |    |      | <input type="checkbox"/> ない<br><br><input type="checkbox"/> ある<br>（自分の健康のこと・経済的なこと・夫婦関係<br>・家族のこと・仕事のこと・その他_____）                                                                                                                                         |    |         |     |
| 10   | 不妊治療を受けていたことはありますか                      |    |      | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある                                                                                                                                                                                                   |    |         |     |