

転入者妊娠届出書

個人番号：		母子健康手帳交付番号 第 号		
ふりがな		生年月日 (年齢)	職業	国籍
妊婦氏名		年 月 日 (歳)		※外国人のみ
住所	桶川市	電話番号	(携帯：)	
ふりがな		生年月日 (年齢)	職業	国籍
夫氏名 (パートナー)		年 月 日 (歳)		※外国人のみ
住所	※お住まいが同じ場合は同上で構いません。		電話番号	(携帯：)
妊娠の診断を受けた医療機関				
交付済み母子手帳情報		交付された区市町村	交付日 年 月 日	交付時の週数 第 週
分娩予定日	年 月 日	性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない	
妊娠週数	第 週 (第 月)	結核に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない	
妊娠回数 ※今回の妊娠含む	初回 ・ その他 (回)	健康保険	桶川市国民健康保険 ・ その他	
<p>必要に応じて、市が医療機関等と情報共有することに同意の上、上記記届出いたします。</p> <p>桶川市長 年 月 日</p> <p>妊婦氏名 [代理人氏名] 妊婦からみた続柄：</p>				

裏面がアンケートになっております。
ご記入をお願いいたします。



市記入欄

<input type="checkbox"/> 案内チラシの説明 <input type="checkbox"/> 妊娠経過・受診状況確認 <input type="checkbox"/> 保健センターの電話番号登録依頼 <input type="checkbox"/> 夫/パートナーへの連絡の承諾 <input type="checkbox"/> ファミポ/家事援助サービスの説明 <input type="checkbox"/> 地区担当紹介 <input type="checkbox"/> 電話連絡 (時期：初・中・後期) <input type="checkbox"/> フォロー有 () <input type="checkbox"/> フォロー無 面談者 ()	[備考欄] 来所者 (本人・夫・実母・その他)
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

妊娠の届出をされた方へ

お母さんと生まれてくる赤ちゃんの健康を守るために、妊娠中の状況をお伺いします。

下記の質問で当てはまるものに○をつけ、()はご記入ください。

※代理の方は、妊婦の状況をわかる範囲でお答えください。



1. 妊娠の診断を受けた医療機関で出産しますか。	・はい ・いいえ () ・未定
2. ご家族構成(同居者)を教えてください。	夫/パートナー(婚姻関係:有・無)・子ども()人・義父・義母・実父・実母・その他()
3. ご実家はどちらですか。	あなた() 夫/パートナー()
4. 里帰り出産の予定はありますか。	・いいえ ・はい(里帰り先:) ・未定
5. 妊娠中から出産後に協力してくれる人はいますか。	・いる【夫・実父・実母・義父・義母・兄弟姉妹・友だち・その他()】 ・いない
6. 今回の妊娠を知ったときの気持ちはいかがでしたか。(複数回答可)	・うれしかった ・予想外で戸惑いがある ・困っている ・不安 ・特に何とも思わない ・その他()
7. 妊娠がわかったときの夫(パートナー)の気持ちを教えてください。(複数回答可)	・うれしそうだった ・驚いていた ・戸惑っていた ・困っていた ・その他() ・妊娠をまだ伝えていない
8. あなたのお仕事について	仕事内容:() 通勤手段:車・バス・電車・自転車・徒歩・その他() 通勤時間:片道()時間()分 勤務時間:1日約()時間()時~()時
	今後の予定: ・産休・育休を取得し、仕事を続ける予定 ・迷っている ・退職の予定 時期()
9. 現在の体調はいかがですか。(複数回答可)	・良好 ・つわり ・イライラする ・疲れやすい ・よく眠れない ・その他()
10. 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。	・なし ・あり【甲状腺疾患・心疾患・腎疾患・精神疾患・ その他()】 それはいつ頃ですか() 歳頃・経過観察・治療中・手術・完治)
11. 心配なこと、不安なこと、困っていることはありますか。(複数回答可)	・なし ・あり【妊娠/出産のこと・家族のこと・仕事のこと・経済的なこと その他()】
12. 心配事を相談できる人はいますか。	・いる【夫・実父・実母・義父・義母・兄弟姉妹・友だち・その他()】 ・いない

後日、保健師からお電話をさせていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。また、ご心配なことがありましたら、いつでも桶川市健康増進課(電話 048-786-1855)までご連絡下さい。

※「個人情報の保護に関する法律」に基づき、取得した個人情報は、原則として健康管理の目的以外には使用いたしません。

