

相模原市妊娠届出書

*太枠内の該当するところに記入、または○でかこんでください。

右詰で記入

宛名番号	0 0	記号-番号	- 2 6
フリガナ			職業
氏名			
生年月日	S・H 年 月 日生	歳	
個人番号 (マイナンバー)			母子健康手帳の交付や健診、 訪問指導、保健指導等に利用します
住所	相模原市(緑・中央・南)区	出産前の転居・転出予定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期: 月、転居先:)	
電話	自宅 ー ー 携帯 ー ー	*平日昼間に連絡がつく 番号をご記入ください	
妊娠週数 (月数)	妊娠満 週(第 か月)	出産予定日	令和 年 月 日頃
妊娠回数	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> (回目)	出産歴	<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(出産回数 回)
子の父 フリガナ			職業
子の父 氏名			電話
子の父 生年月日	S・H 年 月 日生	歳	ー ー
子の父 住所	<input type="checkbox"/> 妊婦と同じ <input type="checkbox"/> (※妊婦と別居の場合記載)		
妊娠の診断 または 保健指導を受けた 医療機関	<input type="checkbox"/> 医療機関名 () 医師・助産師氏名 () <input type="checkbox"/> まだ診断を受けていない		
妊婦健診(予定)機関	<input type="checkbox"/> 上記に同じ <input type="checkbox"/> 医療機関、助産所名 (市内・市外)		
出産(予定)機関	<input type="checkbox"/> 上記に同じ <input type="checkbox"/> 医療機関、助産所名 (市内・市外)		
健康診断 ※検査を実施したか不明な 場合は記入不要です。	性病	今回の妊娠で、性病検査をうけましたか	①はい ②いいえ
	結核	今回の妊娠で、結核検査をうけましたか	①はい ②いいえ
今回の妊娠は双子またはそれ以上の可能性があると言われているか ①はい ②いいえ			
相模原市長 あて 上記のとおり届け出ます。 令和 年 月 日 届出人氏名 _____ 妊婦との続柄: 本人・ ()			

届出者	<input type="checkbox"/> 妊婦本人	届出者 身元 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード* <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード*
	<input type="checkbox"/> 代理(関係:) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 代理権確認書類なし		<input type="checkbox"/> 写真付証明書() <input type="checkbox"/> 医療保険の資格確認書等 <input type="checkbox"/> ()受給者証 <input type="checkbox"/> その他() ※写真の無い証明書は2点以上必要 <input type="checkbox"/> 身元確認書類なし

本人 番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード* <input type="checkbox"/> 通知カード*
	<input type="checkbox"/> 住民票(番号記載有) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 番号確認書類なし

主管課記入欄	<input type="checkbox"/> 母子保健システムチェック済
	<input type="checkbox"/> 最終 <input type="checkbox"/> 経過観察(コピー済 <input type="checkbox"/> 担当(課)へ送付済)
事務処理欄 【交付母子手帳】	<input type="checkbox"/> 妊娠届入力済 <input type="checkbox"/> 妊婦面談未(コピー済)
	<input type="checkbox"/> 0 日本語版 <input type="checkbox"/> 1 共通版 <input type="checkbox"/> 2 英 <input type="checkbox"/> 3 中国 <input type="checkbox"/> 4 ポルトガル <input type="checkbox"/> 5 ハングル <input type="checkbox"/> 6 タガログ <input type="checkbox"/> 7 スペイン <input type="checkbox"/> 8 タイ <input type="checkbox"/> 9 ベトナム <input type="checkbox"/> 10 ネパール



妊娠・出産についてのおたずね

相模原市では安心して子育てにのぞめるように妊娠・出産・子育ての様々な
ご相談や支援を行っています。下記のアンケートにご本人がお答えください。

R8.4.1 改定



おたずね	回答欄	
1. 妊娠・出産への気持ちはいかがですか	<input type="checkbox"/> 1 うれしい・楽しみ	<input type="checkbox"/> 3 心配で仕方がない
	<input type="checkbox"/> 2 心配はあるが 楽しみ	<input type="checkbox"/> 4 妊娠を受け入れ られない
2. 以下の質問のあてはまる <input type="checkbox"/> にチェックをしてください		
(1) 妊娠中から相談できる人や、出産後に 家事や育児を手伝ってもらえる人について	<input type="checkbox"/> いる →いるの場合 (<input type="checkbox"/> 子の父 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他())	<input type="checkbox"/> いない
(2) ①飲酒について	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> やめた (妊娠後・それ以前)	<input type="checkbox"/> 飲む 週()回
②喫煙について	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた (妊娠後・それ以前)	<input type="checkbox"/> 吸う ()本/日
(3) いま治療中の病気 または 過去に治療していた病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし →ありの場合	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> その他精神疾患 ↳ <input type="checkbox"/> ここ1年間にうつ状態が2週間以上続いた <input type="checkbox"/> 不妊症・不育症 <input type="checkbox"/> その他疾患())
(4) 妊娠・出産・育児に関する費用について	<input type="checkbox"/> 準備できる	<input type="checkbox"/> 準備できそうにない
(5) 夫(パートナー)との関係に問題がある (暴力など)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
3. 妊娠・出産・育児に関して保健師に相談 したいことがある	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
ぐたいてき (具体的に)		
① この届出書の情報を母子の健康管理や健やかな妊娠・出産・子育てを適切に支援するため、医療機関及びその 他関係機関等への情報照会や災害時の支援のために利用することに同意します。		
② 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。 →医療機関で胎児の心拍は確認されていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
※今回の妊娠について、他の市区町村で1回目の妊婦支援給付金(5万円)の支給を <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている(または申請した)(どこで:)		
令和 年 月 日		
妊婦氏名 _____ (自筆による署名または記名押印)		

事務処理欄	特記事項 <input type="checkbox"/> 子ども家庭課(担当)に連絡済	受付者名 ()
-------	--	----------