

妊娠届出書・アンケート

宛先

市町長様

届出日：令和 年 月 日

(ふりがな)		生年月日(年齢)	職業	① 既婚 ② 未婚 (入籍予定あり・なし)
妊婦氏名		年 月 日生(歳) 国籍(外国籍の方のみ): 在留期限		
(ふりがな)		生年月日(年齢)	職業	① 既婚 ② 未婚 (入籍予定あり・なし)
夫氏名 (パートナー)		年 月 日生(歳) 国籍(外国籍の方のみ):		
住民登録地	(〒)	電話番号(昼間連絡がつくもの)		
居住地	(〒) (住民登録地の異なる場合のみ記入)	① 妊婦携帯・その他()		
里帰り予定	<input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する [里帰り予定の住所：〒 様方 tel:]			
今回の妊娠は	回目	出産の経験	なし・あり(回)	
出産予定日	令和 年 月 日 第()子	現在の妊娠週数	第 週 日 単胎・多胎(胎)	
性病に関する健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	結核に関する健康診断の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
妊娠の診断を受けた医療機関名 医師名及び助産師名	出産場所 (県内・県外・未定)		証明年月日 令和 年 月 日	

ご妊娠おめでとうございます。妊娠・出産・子育てを応援するために使用しますので妊婦さんご自身で該当箇所チェックを入れてご記入下さい。

秘密は堅く守ります

1 妊娠経過は良好ですか？	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良(つわり・その他())
2 妊娠が分かった時の気持ち * 複数回答可	<input type="checkbox"/> うれしかった <input type="checkbox"/> 予想外だがうれしかった <input type="checkbox"/> 予想外で戸惑った <input type="checkbox"/> 不安になった <input type="checkbox"/> その他()
3 困ったときに相談する人はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(夫(パートナー)・父母・義父母・きょうだい・友人・その他())
4 困ったときに協力してもらえる人はいますか	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(夫(パートナー)・父母・義父母・きょうだい・友人・その他())
5 現在「困っている」「悩んでいる」「不安」なことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(ア妊娠・出産について ①経済的なこと②自分の健康のこと ③夫(パートナー)のこと④家族のこと ⑤育児のこと ⑥仕事のこと⑦その他())
6 現在 あなたはタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた <input type="checkbox"/> はい(本/日)
7 現在 夫(パートナー)や同居家族はタバコを吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(本/日) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた 誰が()どこで(室内・室外())
8 現在あなたはアルコールは飲みますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(時々 回/週・毎日) <input type="checkbox"/> 妊娠してやめた
9 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	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(ア心臓病 イ高血圧 ウ腎炎 エ糖尿病 オ肝炎 カ喘息 キこころの病気(うつ病など)(病名:) クその他() *それはいつ頃ですか？(年頃)・現在治療中
10 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	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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」「その他()」)
11 子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感はありますか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なんとなくある <input type="checkbox"/> あまりない <input type="checkbox"/> ない
12 その他、妊娠等に関して相談はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある()

母子保健法第15条の規定により上記のとおり届けます。

* 下記に同意していただける場合は、レ点を入れてください。

 出産の支援のため、妊娠届出書・アンケートの内容について、医療機関、市町が情報共有することに同意します。

届出者 氏名 妊婦本人・夫(パートナー)・その他()

住所(本人の場合は省略)

届出が妊婦本人以外の場合：届出を((続柄))に委任します(妊婦署名)

※ 出産・子育てへの支援や、お住まいの市町や三重県の母子保健の推進を目的にこの情報について統計的な処理を行い、公表することがありますが、その場合個人が特定されることはありません。

※ 妊娠届出書・アンケートをもとに、お住まいの市町から連絡させていただくことがありますので、ご了承ください。

母子健康手帳（母子保健のしおり）の交付について

◆交付場所： いなべ市役所 母子保健課 （ おうど色 W3カウンター ）

いなべ市北勢町阿下喜31番地

※母子健康手帳、母子保健のしおりに関する説明、
母子保健事業のご案内、妊婦健康相談

◆交付時間： 月～金曜日（土・日・祝を除く） 8：40～17：15

- ◆持ち物：
- ①妊娠届出書（届出書・アンケートを記入してください）
 - ②マイナンバーの確認できる物（マイナンバーカードまたは通知カード：コピー可）
 - ③本人確認書類（（1）、（2）のいずれか：コピー可）
 - （1）公的機関発行の顔写真つきのもの1点
（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等）
 - （2）顔写真のついていない物2点（健康保険証、年金手帳、診察券等）
 - ④妊婦口座が確認できる書類の写し（通帳のコピー等）
 - ⑤認印



問い合わせ先

いなべ市役所 母子保健課

いなべ市北勢町阿下喜31番地

TEL (0594) 86-7770

FAX (0594) 86-7864

