

## 妊 娠 届

届出年月日	年 月 日	母子健康手帳番号	
ふりがな		個人番号	
妊婦氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	水戸市 (アパート・マンション名まで記入してください。)		
携帯電話番号		自宅電話番号	
職業	<input type="checkbox"/> 会社員・公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専業主婦・無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> その他		
診断を受けた病院 (医師又は助産師名)			
分娩予定の病院	<input type="checkbox"/> 上記病院と同じ <input type="checkbox"/> 変更あり    病院名：                                      所在地：                                      (都・道・府・県)		
分娩予定日	年 月 日		
結核健診 (胸部レントゲン)	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない		性病検査 (血液検査) <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない
届出時の 妊娠週数	週	第 子	妊娠回数 回目 (流産, 中絶及び死産を含む。)
流産, 早産等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自然流産（              回） <input type="checkbox"/> 人工中絶（              回） <input type="checkbox"/> 早産（              回） <input type="checkbox"/> 死産（              回）		
妊娠分娩異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（前回：                                      今回：                                      ）		
既往歴  ※「あり」の方は、 診断された時の年 齢と治療状況につ いて①～④を選び ( )内に記入して ください。	<input type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> あり	①服薬治療中    ②服薬せずに経過観察中    ③軽快により受診を終了    ④受診中断	
		身体面	<input type="checkbox"/> 糖尿病（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 高血圧（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 腎疾患（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 心疾患（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 肝 炎（    歳,    ） <input type="checkbox"/> その他（    歳,    ）
精神面	<input type="checkbox"/> うつ病（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 産後うつ（    歳,    ） <input type="checkbox"/> パニック障害（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 適応障害（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 統合失調症（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 双極性障害（    歳,    ） <input type="checkbox"/> 摂食障害（    歳,    ） <input type="checkbox"/> その他（    歳,    ）		
備考			
母子保健法第15条の規定により上記のとおり届け出ます。			
水戸市長      様		届出者氏名 _____	

チェック：

受付者：

個人番号確認	《1点で可》 <input type="checkbox"/> 個人番号カード 《2点で可》 <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード+（運転免許証・パスポート・その他（              ）） <input type="checkbox"/> なし
代理人の場合	夫 ・ 父 ・ 母
代理人本人確認	《1点で可》 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート 《2点以上》 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（              ）
配布物	キッズクラブカード（1・2）・父子手帳・ふたごの子育て

# アンケート

水戸市では、妊娠・出産・子育て・母子の健康についての相談や必要なサービスに関する情報提供を行っています。妊婦さんの現在のご様子を伺い、状況に合わせた支援をしていきたいと思っておりますので、以下についてご回答ください。



## ◆ご家族について

既婚 未婚 (入籍予定：あり・なし)

夫(パートナー)氏名：\_\_\_\_\_ 生年月日：\_\_\_\_\_年 月 日( \_\_\_\_\_歳)

電話番号：\_\_\_\_\_

## ◆妊娠・出産について

今回の妊娠について

自然に妊娠した 治療して妊娠した(治療期間： \_\_\_\_\_年 月 )

妊娠が分かった時の気持ち

うれしかった 予想外だったがうれしかった 予想外だったので戸惑った

困った 何とも思わない

その他( \_\_\_\_\_ )

出産に際して、育児や家事を手伝ってくれる方

夫(パートナー) 実父母 義父母 兄弟姉妹 友人

その他( \_\_\_\_\_ ) いない

困った時や大変な時に相談できる方

夫(パートナー) 実父母 義父母 兄弟姉妹 友人

その他( \_\_\_\_\_ ) いない

## ◆妊婦さんについて

喫煙習慣	妊娠前	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____本/日)
	妊娠中	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____本/日)

同居家族の喫煙

なし 夫(パートナー) 父母 兄弟姉妹 その他( \_\_\_\_\_ )

飲酒習慣	妊娠前	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ml/日)
	妊娠中	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( _____ml/日)

日常的に、2週間以上続く精神症状の有無

なし 眠れない イライラする 訳もなく不安になる 涙ぐみやすい

気分が落ち込む 何もやる気がしない その他( \_\_\_\_\_ )

現在または出産後に困ったり不安になると思うこと、相談したいこと

なし 体調や精神面について 出産に関することについて 相談者がいない

上の子との関りについて 経済面について 家事や育児に協力してくれる人がいない

夫(パートナー)や家族の病気、介護について 夫(パートナー)の言動、関係について

その他( \_\_\_\_\_ )

支援にあたって必要があるときは、妊娠届やこのアンケートの内容について関係機関に情報提供することに同意します。

本人署名 \_\_\_\_\_

相談事項への対応済み 後日電話連絡の説明済み

