

# 妊娠届出書

正規

		妊婦個人番号	交付番号	第	号
フリガナ	妊婦の生年月日		妊婦の職業		国籍
妊婦氏名	S / H 年 月 日 ( 歳 )				※外国籍の方はご記入ください 妊婦
フリガナ	夫(パートナー)の生年月日		夫(パートナー)の職業		( )
夫(パートナー)氏名	S / H 年 月 日 ( 歳 )				夫(パートナー) ( )
住所	所沢市				
妊婦電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
出産予定日	20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 現在 第( )週		<input type="checkbox"/> 初産 <input type="checkbox"/> 経産(これまでの出産は 回)		
今回の妊娠の診断を受けた医療機関等			医師・助産師氏名		
今後受診を予定している医療機関等			里帰り出産		有( ) 都道府県 無・未定
性病に関する健康診断を受けましたか?	受けた・受けていない		結核に関する健康診断を受けましたか?		受けた・受けていない
令和2年 4月以降に所沢市が実施している子宮頸がん検診を受けましたか?					受けた・受けていない
【 確認事項 】					
<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査助成券は、紛失した場合の再交付はできません。また、所沢市に住民票がない状態(転出など)で、所沢市発行の助成券をご利用になった場合、健診費用を請求させていただきます。					
<input type="checkbox"/> 所沢市では、皆様が安心して出産・育児を迎えられるよう、妊娠期から支援しております。保健師、助産師と面談が実施できなかった方へ、後日助産師等から連絡しています。					
上記について届出します。 20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日					
所沢市長あて		届出者氏名		妊婦との関係( )	

※予定日が未確定の方は、確定診断後健康づくり支援課へご連絡ください。

※市受付担当者欄

## ～アンケート～

1	妊娠してからの体調はいかがですか？	1. 良い 2. 良くない【つわり 貧血 不眠 不安 イライラする 涙もろい その他( )】
2	妊娠が分かった時のお気持ちはいかがでしたか？ いちばん近いものに○をつけてください。	1. うれしかった 2. 予想外で驚いたがうれしかった 3. 予想外で驚き戸惑った 4. 困った 5. 特に何も思わなかった 6. その他( )
3	今回の妊娠についておたずねします。	1. 自然に妊娠した 2. 治療して妊娠
4	これまでに大きなご病気をされたことや、現在治療中のご病気はありますか？	1. 特になし 2. 糖尿病 3. 高血圧 4. 腎臓病 5. 心臓病 6. 婦人科疾患 7. こころの病気( ) 8. 甲状腺機能疾患 9. その他( ) <input type="checkbox"/> 経過観察中・治療中 <input type="checkbox"/> 治療終了
5	タバコを吸いますか？	1. はい( )本×( )年 2. 妊娠してやめた 3. いいえ 4. 家族が吸う
6	お酒を飲みますか？	1. はい( )日/週・月 2. 妊娠してやめた 3. いいえ
7	同居のご家族のことをうかがいます。 現在一緒に住んでいる方に○をつけてください。	同居のご家族は( )人 1. パートナー 2. こども( )人( 歳・ 歳・ 歳・ 歳 ) 3. 自分の父・母 4. パートナーの父・母 5. その他( )
8	現在、心配なことはありますか？ 当てはまるもの全てに○をつけてください。	1. 特になし 2. 出産・お腹の子どものこと 3. 経済的なこと 4. 上の子どものこと 5. 健康面のこと 6. 仕事のこと 7. 育児のこと 8. パートナーとの関係 9. 自分の父母のこと 10. パートナーの父母のこと 11. その他( ) ご自由にお書きください
ご協力ありがとうございました。		( )

健管番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
妊婦の住基確認	済・未 転入者の場合 転入日( )
妊婦の個人番号確認	済・未 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票 (代理の場合: <input type="checkbox"/> 委任状)
来所者の本人確認書類	1点で可 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 障害・療育手帳 2点で可 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本または住民票 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 通知カード
受理場所	<input type="checkbox"/> かるがも <input type="checkbox"/> 保健医療課(保健師) <input type="checkbox"/> 保健医療課(事務) <input type="checkbox"/> 所沢 <input type="checkbox"/> 新所沢 <input type="checkbox"/> 新所沢東 <input type="checkbox"/> 松井 <input type="checkbox"/> 吾妻 <input type="checkbox"/> 山口 <input type="checkbox"/> 小手指 <input type="checkbox"/> 富岡 <input type="checkbox"/> 柳瀬 <input type="checkbox"/> 三ヶ島
転入者 助成券交換	<input type="checkbox"/> 妊婦HIV抗体検査助成券 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診助成券 <input type="checkbox"/> 助成券① <input type="checkbox"/> 助成券② <input type="checkbox"/> 助成券③ <input type="checkbox"/> 助成券④ <input type="checkbox"/> 助成券⑤ <input type="checkbox"/> 助成券⑥ <input type="checkbox"/> 助成券⑦ <input type="checkbox"/> 助成券⑧ <input type="checkbox"/> 助成券⑨ <input type="checkbox"/> 助成券⑩ <input type="checkbox"/> 助成券⑪ <input type="checkbox"/> 助成券⑫ <input type="checkbox"/> 助成券⑬ <input type="checkbox"/> 助成券⑭ <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査助成券 <input type="checkbox"/> クラミジア検査助成券