

※太枠内を記入してください。

妊婦本人の個人番号									

《個人番号利用の目的》
本届出による個人番号は、母子保健法施行規則に基づき収集管理を行い、保健指導、新生児の訪問指導、健康診査、妊娠の届出、母子健康手帳の交付、妊産婦の訪問指導等の母子保健法に基づく事業において使用します。

妊 娠 届 出 書

※ 厚木市では、あなたの出産や子育てを妊娠中から支援します。妊娠中や出産後に、市保健師や助産師がお電話又は訪問させていただく場合がありますので、御承知おください。

母子健康手帳番号		届出年月日	令和 年 月 日
妊 婦	氏 名	フリガナ	国 籍 日本・外国籍 ()
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	職 業
	住 所	厚木市	電話番号 (日中連絡可能な連絡先) () -
バ ー 夫 又 は ナ ー	氏 名	フリガナ	国 籍 日本・外国籍 ()
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	職 業
	住 所	<input type="checkbox"/> 同上	電話番号 (日中連絡可能な連絡先) () -
出産予定日	令和 年 月 日	妊娠週数	妊娠 週 (第 か月)
妊娠の診断を受けた医療機関名、医師名	医療機関名 (医師名)		
出産予定医療機関名			
今回の妊娠で性病に関する健康診断の有無	受けた ・ 受けていない	1年以内の胸部レントゲン検査の有無	受けた ・ 受けていない
里帰り出産をする予定はありますか。	1 ない 2 ある (都道府県名 : 市区町村名 :) 3 未定		
妊娠期間中に転出をする予定はありますか。	1 ない 2 ある (令和 年 月 日) 3 未定		
上記のとおり、届け出ます。 母子保健事業の実施に当たり、厚木市が住民基本台帳等の個人情報を閲覧し確認すること、及び本人が属する世帯構成員の市町村住民税課税状況について調査することを承諾します。 また、厚木市が実施する母子保健法、児童福祉法及び子ども・子育て支援法に基づく各種の事業に関し、本届出書及び妊娠届出時のアンケートの情報を利用することに同意します。 厚 木 市 長 あて 妊 婦 自 署			

妊婦本人以外の方が申請に来られる場合には、委任状が必要です。次の委任状を必ず妊婦本人が御記入ください。
パソコン等で作成する場合も、本人の住所・氏名は委任者(妊婦本人)が必ず自筆で記入をお願いいたします。

委 任 状	
令和 年 月 日	
委任者(妊婦本人)	住所 _____ 氏名 _____
私は、行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)に規定される、個人番号の提供を伴う妊娠の届出及び母子健康手帳の受領等に関する一切の権限を次の者に委任します。	
受任者(代理人・窓口に来る方)	住所 _____ 氏名 _____ 委任者との関係 ()

事務処理欄	
【妊婦の個人番号及び届出人本人確認を同時にできる書類】	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
【妊婦の個人番号確認】	【届出人本人を確認する書類】
<input type="checkbox"/> 個人番号通知カード	顔写真付の公的な証明書(1点)
<input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号記載有)	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書(個人番号記載有)	顔写真付でない公的な証明書(2点)
<input type="checkbox"/> 住民基本台帳	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他()
確認者:()	

妊娠届出書を提出された方へ（アンケート）



※太枠部分をご記入ください。

記入日	令和 年 月 日					
妊婦氏名						
1. 同居している人は誰ですか。	夫（パートナー）・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・子（ 人）・その他（ ）					
2. 妊娠がわかった時のお気持ちはいかがでしたか。（複数回答可）	1. とても嬉しかった 5. ホッとした 2. 予想外だったが嬉しかった 6. 何とも思わない 3. 戸惑った 7. その他（ ） 4. びっくりした					
3. 妊娠中そして産後に協力してくれる人はいますか。（複数回答可）	1. いない 2. いる → 夫（パートナー）・実母・実父・義母・義父・兄弟姉妹・友人 その他（ ）					
4. 困った時に相談する人についてお尋ねします。	1. 夫（パートナー）には何でも打ち明けることができますか。 はい・いいえ・夫（パートナー）がいない					
	2. お母さん（実母）には何でも打ち明けることができますか。 はい・いいえ・実母がいない					
	3. 他にも相談できる人がいますか。 はい・いいえ					
5. 今までにかかったことのある病気はありますか。	1. なし 2. あり 診断名（ ） 症状（ ） → いつ頃：（ 歳頃） → 現在：（ 治療・治療中・経過観察・その他（ ）） → 内服：（ 無・有）					
6. 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師に相談したことがありますか。	1. なし 2. あり 診断名（ ） 症状（ ） → いつ頃：（ 歳頃） → 現在：（ 終了・相談中） → 内服：（ 無・有）					
7. この1年間に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり、事故にあいましたか。	1. いいえ 2. はい					
8. この1年間に、2週間以上続く「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」などの症状がありましたか。	1. ない 2. どちらかといえばない 3. どちらかといえばある 4. ある					
9. 現在の体調はいかがですか。	1. 良い 2. 悪い → つわり・出血・頭痛・不眠・その他（ ）					
10. お口のトラブルはありますか。	1. なし 2. あり → 虫歯がある・出血しやすい・歯茎が腫れる・唾液が粘る・口臭がある					
11. タバコは、吸いますか。	1. いいえ 2. 妊娠がわかってやめた 3. はい → 1日の喫煙本数：（ 本） 禁煙しようと思いませんか（ はい・いいえ ）					
12. 同居をしている方はタバコを吸いますか。	1. いいえ 2. はい → 続柄：（ ） 1日の喫煙本数：（ 本） 喫煙場所：同じ部屋で吸う・換気扇の下や別室で吸う・ベランダや屋外で吸う					
13. お酒は、飲みますか。	1. いいえ 2. 妊娠がわかってやめた 3. はい					
14. 「困っていること」や「心配なこと」などはありますか。	1. ない 2. ある → 妊娠・出産のこと 育児のこと 夫婦（パートナー）関係のこと 自分の体のこと 家族関係のこと 仕事関係のこと その他（ ）					
15. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか。	1. ない 2. ある					
16. 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか。	1. はい 2. いいえ					
17. 妊娠回数	1. 初回 2. （ ）回目 → 流産：（ ）回（ ）歳、（ ）歳、（ ）歳 人工妊娠中絶：（ ）回（ ）歳、（ ）歳、（ ）歳 死産：（ ）回（ ）歳、（ ）歳、（ ）歳					
18. 出産歴	出産時の年齢	週数	妊娠中のトラブル	分娩方法	出生体重	児の状態
	歳	週	なし 切迫流産 妊娠高血圧症候群 その他（ ）	経膈 帝王切開	g	良 NICUもしくはGCU入院 その他（ ）
	歳	週	なし 切迫流産 妊娠高血圧症候群 その他（ ）	経膈 帝王切開	g	良 NICUもしくはGCU入院 その他（ ）
	歳	週	なし 切迫流産 妊娠高血圧症候群 その他（ ）	経膈 帝王切開	g	良 NICUもしくはGCU入院 その他（ ）
	歳	週	なし 切迫流産 妊娠高血圧症候群 その他（ ）	経膈 帝王切開	g	良 NICUもしくはGCU入院 その他（ ）
19. 保険の種類や課税状況等を回答してください。	保険：社会保険（被保険者）・社会保険（被扶養者）・国民健康保険・その他（ ）・無保険					
	課税状況等：課税世帯（住民税を支払っている）・非課税世帯・生活保護世帯					
20. 不妊治療をしましたか。	1. いいえ 2. はい → 治療期間：（ 年） 治療方法：タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精・その他（ ）					
21. 食事に関して、管理栄養士に相談の希望はありますか。	1. ない 2. ある → 相談内容：					

保健指導者：（ ）