

妊娠届出書

太枠の中を記入してください

届出日 R 年 月 日 妊娠週数 週 日

個人番号 (妊婦)		母子手帳 No.		健診票No.	
※妊娠届出書は基山町保健センターで保管し、母子の健康管理以外に使用しません。					
妊婦氏名	ふりがな	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	職業	
父親氏名	ふりがな	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	職業	
同居していますか	はい ・ いいえ	入籍していますか	はい ・ いいえ ⇒ (予定 有 ・ 無)		
住所	基山町	連絡先 (携帯電話)	TEL ()		
受診医療機関名		予定日	令和 年 月 日		
今回の妊娠は初めて・()回目	多胎(双子以上)ですか はい ・ いいえ	今までに()回出産した	今までに、流産、死産、出産後～1歳になるまでにお子さんを亡くされたことはありますか？ いいえ ・ はい (それは1年以内ですか？⇒ いいえ・はい)		

一保無核

赤ちゃんとお母さんの支援のため、下記のアンケートにご協力ください。このアンケートはサポート以外の目的で使用することはありません。

家族構成	お子さん				～上のお子様がいいらっしゃる方へ～これまでの妊娠・出産の状況を教えてください。					
	第1子	歳	男・女	週	g	妊娠中	妊娠高血圧症候群 / 妊娠糖尿病 / 貧血 / 浮腫(むくみ) / 体重10kg以上増加 / その他()			
	第2子	歳	男・女	週	g		出産	早産 / 低出生体重児 / 未熟児 / 4,000g以上の体重 / その他()		
	第3子	歳	男・女	週	g					
	第4子	歳	男・女	週	g					
1. 妊娠前の身長・体重を記入してください						身長	cm	[BMI]	BMI	目標体重増加
						体重	kg		<<やせ>>18.5未満 ⇒ 9~12Kg	<<標準>>18.5~25未満 ⇒ 7~12Kg
2. 現在、治療中(経過観察中)の病気がありますか						いいえ	はい	[高血圧 糖尿病 心疾患 腎臓病 その他()]		
3. 現在の健康状態はよいですか						はい	いいえ	[つわりがひどい / 気分が沈む / その他()]		
4. 生活習慣等についてお尋ねします										
①食事は1日何食ですか？						()食	朝 / 昼 / 夕 / その他			
②喫煙・飲酒の習慣はありますか？						いいえ	はい	⇒ (喫煙・飲酒) 妊娠中やめた ⇒ (喫煙・飲酒)		
5. 今までに精神的なことで、カウンセラーや心療内科、精神科医院等に相談したことがありますか？						いいえ	はい	(内容:)		
6. ご自分の両親、きょうだいに治療中または以前治療していた方はいますか？(該当疾患に○と誰かを記入)						いいえ	はい	[高血圧()、糖尿病()、心疾患()、腎臓病()、その他()]		
7. 妊娠中・出産後に相談したり、手助けしてくれる人はいますか？「はい」⇒あてはまる人全てに○。						いいえ	はい	[配偶者 実父母 義父母 兄弟姉妹 親戚 友人 その他()]		
						続柄	年齢	同居	職業	住所(市町村名)
						実父		有・無	有・無	
						実母		有・無	有・無	
8. 里帰りについて、該当する項目に○をつけてください						①里帰りしない ②出産後里帰りする ③里帰り先で出産する ⇒ ()県()市・町・村 ☎() ※(書類渡し要⇒□) ④その他()				
9. 妊娠が分かった時の気持ちについて教えてください。一番近い気持ちを1つ選んでください。						とても嬉しかった 予想外で驚いたが嬉しかった 予想外でとまどった 困った(経済的理由 未婚 望まぬ妊娠 その他()) 特に何も思わなかった				
10. 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？						いいえ	はい	(内容:)		
11. 医療機関以外で出産をする予定がありますか？						いいえ	はい	(自宅 / 助産所 / その他)		
12. 妊娠中に基山町外へ転出する予定はありますか？						いいえ	はい	(転出時期: 転出先:)		
13. 今回の妊娠は不妊治療をされましたか？						いいえ	はい	(病院: 治療内容:)		
14. 今回の妊娠において、医師からおなかの中の赤ちゃんや妊婦さんの体について何か問題があるとされていますか？						いいえ	はい	(内容:)		
15. 基山町では、妊娠中や産後に助産師が訪問等により相談や支援を行っていますが、希望しますか？(無料)						いいえ	はい	(産前: 産後)		

町県他核美義

<p>①今回、妊婦健診について説明を受け、妊婦健診受診票(14枚)を受領しました。</p> <p>②基山町では、母子保健法等に基づき状況に応じて妊娠中または出産後に助産師等による電話連絡や訪問等を実施している説明を受けました。</p> <p>③状況に応じては、医療機関等に情報提供をする場合があるとの説明を受けました。</p> <p>令和 年 月 日 氏名() ※代理 氏名() (続柄)</p>	町記入欄
出産応援給付金(済 ・)	