

# 妊娠届出書

発行番号

ふりがな		昭和・平成	年	月	日生	職業	
妊婦の氏名		(満			歳)		
個人番号							
ふりがな		昭和・平成	年	月	日生	職業	
夫(児の父)の氏名		(満			歳)		
住所	上天草市	町				(行政区	)
					電話番号(自宅)	-	-
					(携帯)	-	-
家族構成	同居家族( 人) 本人・夫・パートナー・子ども( 人)・実父・実母・義父・義母・その他( )						
出産予定日	令和 年 月 日(妊娠週数 週) 第 子						
診察を受けた 医療機関名		出産予定施設					
保険の種類	①国民健康保険 ②社会保険 ③船員保険 ④共済保険 ⑤その他( )						
手帳の保持	①なし ②あり( 身体障害者手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 療育手帳 )						
◇ 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・わからない						
◇ 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・わからない						
上天草市長 様 上記のとおり妊娠届出をします。 なお、必要に応じ妊娠届出書の情報を妊婦・乳幼児の健康管理のために使用することを承諾します。							
	年	月	日	妊婦氏名			
				(代理者名)	(続柄)		

\* ご記入いただいた内容は個人情報として取り扱い、プライバシーはお守りいたします。

\* この届出書について、健康づくり推進課の保健師・栄養士または母子保健推進員から連絡がある場合がありますのでご承知おきください。

発行担当者	
保健師	栄養士

妊娠おめでとうございます。市では、妊娠中、より健康に過ごしていただくために、健康相談を行っています。皆さまの妊娠経過を知り、健やかな赤ちゃんが産まれるようお手伝いをしていきたいと思っておりますので、以下にご記入ください（該当事項に記入または☑印をつけてください）。

1. あなたのこれまでの妊娠や出産の状況について記入してください。【今回の妊娠は含まない】

① 妊娠（ ）回（そのうち出産（ ）回・流産（ ）回・死産（ ）回・中絶（ ）回）

② これまでの妊娠・分娩歴 ※①で記入した妊娠歴・分娩歴をすべて記入してください。

	妊娠～産後の状況	妊娠中の体重増加	出生体重	性別
年 月 日	異常なし・貧血・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・流産・早産・死産・中絶	kg	g	男・女
年 月 日	異常なし・貧血・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・流産・早産・死産・中絶	kg	g	男・女
年 月 日	異常なし・貧血・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・流産・早産・死産・中絶	kg	g	男・女
年 月 日	異常なし・貧血・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・流産・早産・死産・中絶	kg	g	男・女
年 月 日	異常なし・貧血・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・流産・早産・死産・中絶	kg	g	男・女
年 月 日	異常なし・貧血・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群・流産・早産・死産・中絶	kg	g	男・女

2. あなたの身長・体重を教えてください。

身長	cm	妊娠前の 体重	kg	現在の 体重	kg	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	*こちらで記入します

3. あなたの状況について該当するものに☑をつけてください。

1 結婚していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ（ <input type="checkbox"/> 今後入籍予定 <input type="checkbox"/> 未定）
2 今回の妊娠を知った時うれしかったですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 何とも言えない <input type="checkbox"/> いいえ（ ）
3 今回の妊娠についてお聞きます	<input type="checkbox"/> 自然に妊娠した <input type="checkbox"/> 治療して妊娠した
4 現在の妊娠経過について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> つわり（有・無） <input type="checkbox"/> 治療中（ ）
5 今までに治療した病気、又は現在治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 他 ）
6 あなたの血縁（両親、子、きょうだい、祖父母など）が今までに治療した病気、又は現在治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名： 続柄： ） （病名： 続柄： ）
7 あなたはたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠してからやめた <input type="checkbox"/> あり（ 本/日）
8 家族はたばこを吸いますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（誰が ）（ 本/日）
9 あなたはアルコールを飲みますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠してからやめた <input type="checkbox"/> あり（ ）を（ ）
10 現在仕事をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（職場の協力は得られますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ）

11 日頃の悩みを相談できる人はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・きょうだい・友人・その他)
12 出産後に育児を手伝ってくれる人はいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・きょうだい・友人・その他)
13 夫又はパートナーから暴言や暴力を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
14 家族から暴言や暴力を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
15 毎日3食食べますか (妊娠前)	<input type="checkbox"/> 食べる <input type="checkbox"/> 時々食べない <input type="checkbox"/> 食べない (2食/日・1食/日)
16 主食・主菜・副菜がそろった食事ができていますか (妊娠前) ※主食…ごはん・食パン・麺など 主菜…魚・肉・大豆食品・卵料理など 副菜…野菜・きのこ・海藻など	よく食べるパターンに○をつけてください 朝食 ( 主食 ・ 主菜 ・ 副菜 ) 昼食 ( 主食 ・ 主菜 ・ 副菜 ) 夕食 ( 主食 ・ 主菜 ・ 副菜 )
17 鉄分の多い食品 (赤身の魚・肉・緑黄色野菜・納豆・海藻類) を食べますか	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日食べる <input type="checkbox"/> 週2～3回食べる <input type="checkbox"/> ほとんど食べない
18 カルシウムの多い食品 (牛乳・乳製品・豆腐・小松菜など) を食べますか	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日食べる <input type="checkbox"/> 週2～3回食べる <input type="checkbox"/> ほとんど食べない
19 普段の味付けはどうですか	<input type="checkbox"/> 薄い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 濃い /調理担当者 ( )
20 ジュース・清涼飲料水・お菓子を食べますか	<input type="checkbox"/> 毎日食べる <input type="checkbox"/> 週2～3回食べる <input type="checkbox"/> 週1回以下 (何を )

4. 里帰り出産のご予定はありますか？

- ① なし ( 自宅にいる家族が手伝ってくれる ・ 自宅に手伝いに来てくれる )  
 ② あり → 住所 ( )  
 名前 ( 様方) 電話 ( - - )  
 続柄 ( ) いつから? ( )  
 どのくらい? ( )

5. 妊娠中や出産後に困ったり、不安に思うことはありますか？

- ① 特になし  
 ② あり → ( 妊娠や出産のこと ・ 育児のこと ・ 夫婦 (パートナーとの関係) ・ 病気や体調のこと  
 経済的なこと ・ 仕事のこと ・  
 その他 ( ) )