

別記

様式第1号 (第2条関係)

妊 娠 届 出 書										
(宛先) 佐倉市長					届出者氏名					
妊婦との続柄 ()										
届出年月日	年 月 日									
ふりがな			生年月日		年齢	職業				
母親氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日						
	個人番号									
ふりがな			生年月日		年齢	職業				
父親氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日						
住 所	(〒285 -) 佐倉市			妊婦本人と連絡がとれる 電話番号						
						携帯電話				
出産予定日	年 月 日		妊娠 週数	第 週	おなかにいる胎児の数 人					
健康診断	(性病検査) <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない		(結核検査) <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない							
医師や助産師の診断や保健指導を受けた医療機関等										
施 設 名										
所 在 地										
医師名又は助産師名										
今までの妊娠・分娩経験について										
分 娩 経 験	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回	現在のお子さんの数 人							
流・早・死産	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	自然流産 回	人工中絶 回	早産 回	死産 回					
現病歴 (現在治療をされている病気)										
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> その他 ()									
既往歴 (過去にかかった病気)										
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (治療完了・中断)	病気の名前:									

★別紙『妊婦さんへのアンケート』のご記入をお願いいたします。

※マイナンバーカードをお持ちの方は、「ぴったりサービス」からオンライン申請もできます。(後日、面接を行います)

QRコードを読み込む → 市町村を選択…千葉県佐倉市 → 検索条件を設定…カテゴリ 、妊娠・出産 → 「この条件で検索」をクリック



【交付処理】

交付場所	健セ・西部・南部・志津北部・市役所	別冊交付	No. ()	外国語版	<input type="checkbox"/> 交付有
多胎	<input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 別冊	出産応援給付金申請書配布		<input type="checkbox"/> 配布 <input type="checkbox"/> 配布なし	

【本人確認】

マイナンバー確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無 [確認了解済・その他 ()]				
身元確認	(1点で可) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード (外国人のみ) (2点以上) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()				

【代理人】※妊婦本人以外の届出の場合

身元確認	(1点で可) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード (外国人のみ) (2点以上) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()				
------	--	--	--	--	--

宛名番号	
浸水ランク	非該当・1・2・3・4

収受印	会議	計画書	電話

担当：母子保健課 (電話：043-485-6712)

妊婦さんへのアンケート



安心して妊娠・出産を迎えることができるようサポートするため、アンケートにご協力ください。

1. ご連絡先についておたずねします

<p>妊娠中の郵便物の送付先について ※変更が生じた場合は、あらたに申し出が必要となります。</p>	<p>郵送物は原則、住民票登録地へ郵送されます 特別な事情により住民票登録地以外への郵送を希望しますか (希望しない ・ 希望する) 希望する方は①②をご記入下さい ①送付先住所: 〒 () ②送付先変更理由: _____ ※送付先変更の期間は妊娠期間中に限られます</p>	<p>※出産後、母子保健課からの郵便は原則、子の住民票登録地へ送付されます。引き続き送付先変更を希望される場合には、母子保健課へご相談ください。</p>
<p>メールアドレス</p>	<p>_____</p>	<p>※お電話が繋がらない場合、メールさせていただくことがあります</p>

2. あなたの体調や、今回の妊娠・出産などについておたずねします

<p>今回の妊娠について</p>	<p>自然に妊娠した 治療して妊娠した</p>	
<p>妊娠がわかった時の気持ちはいかがでしたか</p>	<p>うれしかった 予想外で驚いたがうれしかった 予想外で戸惑った 困った その他 ()</p>	
<p>妊娠がわかった時の夫(パートナー)の反応は?</p>	<p>うれしそうだった 驚いていた 戸惑っていた 困っていた その他 ()</p>	
<p>ご実家はどちらですか</p>	<p>あなた: () 夫・パートナー: ()</p>	
<p>里帰り予定はありますか</p>	<p>いいえ ・ はい (時期:)</p>	
<p>分娩予定施設は決まっていますか</p>	<p>いいえ ・ はい (病院名:)</p>	
<p>県外で妊婦健診を受ける予定がありますか</p>	<p>いいえ ・ はい →別途手続きが必要になります</p>	
<p>妊娠届出後に市外に転出する予定はありますか</p>	<p>いいえ ・ はい (転出先:)</p>	
<p>妊娠前の身長・体重・BMI</p>	<p>(体重 kg) ÷ (身長 . m) ÷ (身長 . m) = BMI ()</p>	
<p>妊娠中の生活について医師から指示がありますか</p>	<p>いいえ ・ はい ()</p>	
<p>現在、内服している薬はありますか</p>	<p>いいえ ・ はい ()</p>	
<p>タバコを吸いますか</p>	<p>もともと吸わない・妊娠中のため止めた・吸っている () 本</p>	
<p>お酒を飲みますか</p>	<p>もともと飲まない・妊娠中のため止めた・現在飲んでいる 飲んでいる方: 1回飲酒量 (ml) 週 () 日程度</p>	
<p>(働いている場合) お仕事と今後の予定</p>	<p>・仕事の内容: () ・勤務時間: 月・火・水・木・金・土・日 () 時~ () 時 ・通勤や作業内容で負担を感じることはありますか? ある ・ なし ・職場に妊娠を伝えてありますか? 伝えている ・ 伝えていない ・妊娠に関して職場の理解はありますか? ある ・ なし ・今後の仕事は? 産休・育休取得後も仕事を続ける予定 ・ 妊娠を機に退職の予定 ・ 退職した</p>	
<p>(出産経験がある場合) これまでの妊娠・産後経過で、異常や気持ちの落ち込みはありましたか</p>	<p>重症悪阻(つわり) ・ 切迫流産 ・ 切迫早産 ・ 前置胎盤 妊娠高血圧症 ・ 妊娠糖尿病 ・ 常位胎盤早期剥離 不安だった ・ 気分が落ち込んだ ・ その他 ()</p>	

裏面もご記入ください⇒

今までに心理的・精神的な問題でカウンセラーや精神科医、心療内科医などに相談したことがありますか	いいえ ・ はい いつ頃（ 歳頃） 診断名（ ） 現在の状況： 治療中 ・ 治療中断 ・ 治療終了 内服歴：無 ・ 有（薬の内容： ）	
①この 1 か月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか	いいえ ・ はい	
②この 1 か月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか	いいえ ・ はい	
上記の①②のどちらかに「はい」とお答えした方にうかがいます。何か助けが必要だったり、助けてほしいと思ったりしますか	いいえ ・ はい	

3. ご家族や協力者についておたずねします

同居のご家族について	夫 ・ パートナー 子ども（ ）人… 歳、 歳、 歳、 歳 実父・実母・義父・義母・兄弟姉妹・その他（ ）	
同居のご家族で喫煙者はいますか	いない ・ いる（誰ですか： ）	
夫（パートナー）の心身の状態はいかがですか	良好 ・ やや良好 ・ どちらともいえない ・ やや不良 ・ 不良	
夫（パートナー）とよくケンカしますか	しない ・ ときどきする ・ よくする	
夫（パートナー）やお母さん（実母）には何でも打ち明けることができますか	夫（パートナー）： はい ・ いいえ ・ 夫（パートナー）はいない お母さん（実母）： はい ・ いいえ ・ 実母はいない	
自分の親との関係に満足していますか	満足している ・ あまり満足していない ・ まったく満足していない	
妊娠中・出産後に支援・協力してくれる人はいますか	夫 ・ パートナー ・ 実父 ・ 実母 ・ 義父 ・ 義母 ・ きょうだい ・ 友人 ・ 近所の人 ・ その他（ ） ・ 誰もいない	
本当に困った時に相談できる人はいますか	何人かいる ・ 1人いる ・ 誰もいない	
妊娠・出産、これからの生活について、不安や心配なことはありますか	いいえ ・ はい 妊娠、出産に関する事 子育てに関する事 自分自身の体調・精神面 夫・パートナーや家族との関係 出産や入院の費用 生活費や経済面に関する事 仕事と育児の両立 上のお子さんの成長・発達 その他（ ）	
今知りたい情報は何ですか	① ②	

<p>妊娠届出書やアンケートに記載された内容について、保健師や関係機関と共有させていただく場合があります。 また、保健師・助産師が産前産後のご様子を伺うために電話やメールをさせていただく場合がありますのでご了解ください。</p>	<p>同意欄 日付： _____ 署名： _____</p>
--	------------------------------------

以上でアンケートは終了です。ありがとうございました。