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 |  | | | □昭和 □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 |  | | | □昭和 □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 | | | 自　　宅 | |  | | |
| 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）　　□受けた　　□受けない　　　　（結核検査）　　□受けた　　□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 | | □無　□有 | 回 | | 現在のお子さんの数　　　　　　　　人 | | | | | | |
| 流・早・死産 | | □無　□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） | | | | | | | | | | | |
| □無　　□有 | | □心臓病　　　□腎臓病　　　□高血圧　　　□糖尿病　　　□膠原病　　□うつ病  □統合失調症　□パニック障害　　□甲状腺機能障害　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 既往歴（過去にかかった病気） | | | | | | | | | | | |
| □無　　□有（治療完了・中断）  **★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。** | | | 病気の名前： | | | | | | | | |



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

※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**）

～市記入欄～

**【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 | №（　　　　　　　） | | 外国語版 | □交付有 |
| 多　　胎 | □ 手帳　□ 別冊 | 出産応援給付金申請書配布 | | □配布　□配布なし | | |

**【本人確認】**

|  |  |
| --- | --- |
| マイナンバー確認 | □ マイナンバーカード　□ 通知カード　□ 住民票写し　 □ その他（　　　　　　　　）  □ 無　[　確認了解済　・　その他（　　　　　　　　）　] |
| 身　元　確　認 | （1点で可）□ マイナンバーカード 　 □ 運転免許証 　□ パスポート □在留カード（外国人のみ）  （2点以上）□ 保険証　　□年金手帳　□その他（　　　　　　　 　　　　　　） |

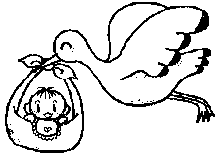
**【代理人】※妊婦本人以外の届出の場合**

|  |  |
| --- | --- |
| 身　元　確　認 | （1点で可）□ マイナンバーカード 　 □ 運転免許証 　□ パスポート　□在留カード（外国人のみ）  （2点以上）□ 保険証　　□年金手帳　□その他（　　　　　　　 　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 収受印 | 会　議 | 計画書 | 電　話 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 宛　名　番　号 |  |
| 浸水ランク | 非該当・１・２・３・４ |

**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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| 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。 | 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 | ※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。 |
| メールアドレス |  | ※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 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| 今回の妊娠について | 自然に妊娠した　　治療して妊娠した | |  |
| 妊娠がわかった時の  気持ちはいかがでしたか | 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（　　　　　　　　） | |  |
| 妊娠がわかった時の夫  （パートナー）の反応は？ | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  |
| ご実家はどちらですか | あなた：（　　　　　　）　夫・ﾊﾟｰﾄﾅｰ：（　　　　　　） | |  |
| 里帰り予定はありますか | いいえ　・　はい（時期：　　　　　　　　　　　　　　） | |  |
| 分娩予定施設は決まっていますか | いいえ　・　はい（病院名：　　　　　　　　　　　　　） | |  |
| 県外で妊婦健診を受ける  予定がありますか | いいえ　・　はい　→別途手続きが必要になります | |  |
| 妊娠届出後に市外に転出  する予定はありますか | いいえ　・　はい（転出先：　　　　　　　　　　　　　） | |  |
| 妊娠前の身長・体重・BMI | （体重　　 　㎏）÷（身長　　.　 　m）÷（身長　　.　　　m）＝ＢＭＩ（　　 　　） | | |
| 妊娠中の生活について医  師から指示がありますか | いいえ　・　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  |
| 現在、内服している薬は  ありますか | いいえ　・　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |  |
| タバコを吸いますか | もともと吸わない・妊娠中のため止めた・  吸っている（　 　）本 | |  |
| お酒を飲みますか | 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 | |  |
| （働いている場合）  お仕事と今後の予定 | ・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いますか？ 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 | |  |
| （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 | 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（　　　　　　）  **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（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）： はい ・ いいえ ・ 夫（ﾊﾟｰﾄﾅｰ）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、出産に関すること　　 子育てに関すること  自分自身の体調・精神面　　 夫・ﾊﾟ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こと  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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 | 同意欄　　　**日付：**  **署名：** |

**以上でアンケートは終了です。ありがとうございました。**